UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 159

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DE L'OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 30 Juillet 1934

PAR

Joseph-Ferdinand-Guillaume DOSSER

Né à Guiclan (Finistère) le 11 mars 1908
Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*
ANDÉRODIAS, professeur. ..... *Juges*
LOUBAT, agrégé ..... *Juges*
DUFOUR, agrégé..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0088

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 159

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DE L'OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 30 Juillet 1934

PAR

Joseph-Ferdinand-Guillaume DOSSER

Né à Guiclan (Finistère) le 11 mars 1908
Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*
ANDÉRODIAS, professeur..... *Juges*
LOUBAT, agrégé ..... *Juges*
DUFOUR, agrégé..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Doyen Honoraire ..... M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ. BEGOUIN.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Physiologie	PACHON.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Médecine légale et déontologie	LANDE	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Chimie	CHELLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Clinique dentaire	CAVALIE.
Pharmacie	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL		
Médecine expérimentale	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique.	TEULIÈRES.		

MICHELEAU (Médecine générale).
MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).
PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	CHAIGRIER. LOUBAT.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	RIVIERE.
Physiologie	FABRE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Médecine générale	DAMADE. PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN	Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
		Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
		Physique médicale	WANGERMEZ
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	PAPIN	Puériculture	FAUGERE.
Accouchements	RIVIERE.	Pharmacie chimique	VITTE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle ..... GOURDON
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire ..... DELGUEL

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA FEMME

En gage de ma profonde affection.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES BEAUX-PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Médecin en chef BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A Monsieur le Médecin général CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A Monsieur le Professeur G. JEANNENEY

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CHIRURGIEN ADJOINT AU CENTRE RÉGIONAL CONTRE LE CANCER
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre plus vive reconnaissance pour ses précieux conseils.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL ANDRÉ BOURSIER
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
MEMBRE CORRESPONDANT DES SOCIÉTÉS DE GYNÉCOLOGIE
DE PHILADELPHIE, DE BUCAREST ET DU BRÉSIL
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qu'il nous soit permis ici de le remercier sincèrement pour nous avoir inspiré l'idée de cette thèse et pour le grand honneur qu'il nous a fait d'en accepter la présidence.

CONSIDERATIONS GENERALES SUR L'OVARITE-SCLERO-KYSTIQUE.

L'ovarite scléro-kystique est une affection qui se rencontre très fréquemment. Elle est caractérisée anatomiquement par la présence dans l'ovaire de deux sortes de lésions : lésions scléreuses et kystiques. Ces lésions semblent évoluer en deu périodes. Au début, c'est la période polykystique. On trouve de petits follicules serrés les uns contre les autres à la périphérie de l'organe. Beaucoup de follicules renferment des corps jaunes au même stade de leur développement. Ces formations lutéiniques peuvent totalement faire défaut dans les ovarites scléro-kystiques installées depuis longtemps.

Car le stroma ovarien est alors devenu plus dense ; les follicules se sont arrêtés dans leur développement, se sont résorbés. L'ovaire peut contenir toujours des kystes, mais ceux-ci sont sans valeur fonctionnelle. La sclérose envahit tout l'organe emprisonnant en même temps les formations nerveuses.

A l'origine de cette affection on voit actuellement un trouble hormonal d'origine hypophysaire. Il y a un hyperfonctionnement de l'hypophyse. Par des injections d'hormone préhypophysaire ou par des greffes d'hypophyse, Brouha et Simonnet ont pu réaliser chez le rat l'ovarite scléro-kystique expérimentale.

D'autres auteurs incriminent l'infection. C'est la théorie de Condamin. Pour lui « la Douglassite et l'ovarite scléro-kystique sont une seule et même affection portant sur deux organes voisins ». L'infection se propagerait par les voies génitales ou par voie péritonéale : appendicite, cholécystite,

infections tuberculeuses évoluant sournoisement. Expérimentalement d'ailleurs la tuberculose a pu donner des lésions scléro-kystiques de l'ovaire.

Ce qui caractérise cliniquement cette affection, c'est avant tout la douleur. Cette douleur peut débuter à la puberté, remonter à un accouchement ou à une fausse couche, quelquefois aussi débuter sans cause. Cette douleur peut être sourde : simple pesanteur dans le bas-ventre; ou devenir aiguë, intolérable et continue.

Au début de l'affection on peut distinguer :

a) des douleurs intermenstruelles survenant quinze jours après les règles et durant trois à quatre jours. Elles seraient dues à un mauvais fonctionnement de la ponte : le follicule serait gêné dans son évolution.

b) Des douleurs prémenstruelles : elles sont constantes dans l'ovarite scléro-kystique.

C'est une pesanteur dans le petit bassin survenant quelques jours avant les règles, s'accompagnant d'élancements dans les fosses iliaques et de tiraillements dans les régions lombaires. Ces douleurs sont dues à la congestion pelvienne, congestion sous la dépendance elle-même de la lutéine, secrétée en abondance par les nombreux follicules de De Graaf.

c) Des douleurs menstruelles : causées par les contractions de l'utérus; c'est la dysménorrhée d'origine ovarienne. Si la sécrétion folliculaire est exagérée, la muqueuse subit une hyperplasie excessive (dysménorrhée membraneuse), la désagrégation se fait difficilement, nécessitant la contraction de l'utérus. Si la sécrétion lutéinique est exagérée, il se produit des pertes abondantes de sang; il y a formation de caillots nécessitant encore pour leur expulsion la contraction de l'utérus.

Si enfin, en même temps, il y a du côté de l'utérus des vices de constitution (coincidence fréquente avec l'ovarite scléro-kystique) : fibromes utérins, utérus infantile ; ou des vices

de position : anteflexion ou rétroflexion, il y aura encore difficulté d'expulsion.

d) Des douleurs post-menstruelles. Elles sont assez rares au début. La semaine qui suit les règles est souvent la seule où ces femmes ne souffrent pas. Elles n'apparaissent que s'il y a un élément infectieux.

Avec les douleurs, au début de la maladie il existe un second symptôme : les hémorragies, qui peuvent présenter trois formes.

a) Des métrorragies intermenstruelles survenant une quinzaine de jours après les règles. Elles sont assez rares, Bouilly les rencontre douze fois sur deux cents trente malades, Barraud, quinze fois sur quarante.

b) Des ménorragies : quelquefois c'est le symptôme dominant. Elles sont dues à l'hyperproduction lutéinique.

c) Des métrorragies irrégulières, pouvant survenir plusieurs fois par mois de telle sorte que ces malades sont « continuellement dans le sang ».

A mesure que progresse la maladie la symtomatologie change. Les règles deviennent moins abondantes, plus irrégulières mais les douleurs vont en s'accentuant. Si on pratique l'examen gynécologique on est frappé par la différence entre la quasi-nullité des signes objectifs et l'intensité des signes subjectifs : Au toucher, on trouve les ovaires, gros, durs, mobiles, généralement prolobés et souvent d'une sensibilité exquise à la pression, surtout à gauche.

Cependant, ces femmes souffrent; tantôt c'est une pesanteur continue dans le bas-ventre, tantôt les douleurs sont très violentes localisées d'abord à l'ovaire puis se généralisent à l'abdomen qui supporte à peine la pression, simulant l'appendicite ou la pelvi-péritonite, mais il n'y a pas de température. Tantôt enfin ces douleurs se fixent sur d'autres organes, il y a des spasmes du tube digestif, des crises d'asthme.

Ces douleurs sont d'étiologie obscure. Est-ce l'ovaire qu'il faut incriminer, ou bien la dégénérescence de ses nerfs : les

névromes et les névrites ? Il serait intéressant de le savoir, parce qu'on aurait la clef du traitement. Actuellement on tend de plus en plus à mettre en cause ces lésions nerveuses et c'est le fondement du traitement chirurgical.

Cette affection est une affection chronique qui ne met pas la vie de la malade en danger. On peut, avant de livrer au chirurgien ces « endolories », essayer de les soulager médicalement,

TRAITEMENT MÉDICAL

Dans cette affection, un traitement étiologique est difficile à instituer. On ne connaît pas, en effet, de substance capable de tarir la sécrétion hypophysaire. D'autre part si on croit à la théorie de Condamin; combattre l'infection rendra ici peu de service.

Il faut donc se contenter du traitement symptomatique. Au début il faut s'attaquer aux douleurs et aux hémorragies. A la période scléreuse, il faut combattre les crises douloureuses, l'oligoménorrhée ou l'aménorrhée.

1. Traitement de la période du début.

A. Traitement des douleurs.

a) *Douleurs intermenstruelles.* — L. M. Pierra dit qu'après avoir utilisé divers calmants, ou « apothérapie variée » hypophyse surrénale... n'a eu de bons résultats qu'avec l'opothérapie mammaire. Il utilise jusqu'à 3 ou 4 grammes de poudre — ou une à deux ampoules injectables — et cela pendant une dizaine de jours; du dixième au vingtième jour après les règles.

b) *Douleurs prémenstruelles.* — On emploiera la médication décongestive : les médicaments, l'hydrastis, l'hamamélis, le viburnum, l'anémone, le marron d'Inde. On donnera dans la semaine qui précède les règles des doses croissantes de folliculine qui est antagoniste de la lutéine.

c) *Douleurs menstruelles.* — Dans la « dysménorrhée membraneuse » neutraliser la folliculine par des extraits de corps jaune qu'on donnera au second septénaire qui suit les règles.

Au contraire, on neutralisera la lutéine par la folliculine au troisième septénaire qui suit les règles s'il y a pertes de sang excessives. Enfin dans la dysménorrhée d'origine utérine: vices de constitution ou de position; ceux-ci seront corrigés, on pourra agir momentanément sur l'ovaire par la radiothérapie.

B. Combattre les hémorragies.

Même si les hémorragies sont très abondantes, il est rare qu'on soit obligé de recourir au sérum glucosé, citrate de soude, émétine, ergotine, adrénaline; on se contente généralement d'hamamélis, hydrastis, viburnum. On emploie : la folliculine pour neutraliser la lutéine vers le troisième septénaire qui suit les règles : les extraits mammaires, les petites injections d'insuline; la curiethérapie, les cures hydrominérales (Salies-de-Béarn, Biarritz...)

II. Traitement médical de la période « scléreuse ».

A. *Calmer les douleurs.*

a) *Combattre les crises.* — Souvent on est obligé de recourir aux opiacés : morphine, (mieux morphine-scopolamine), papavérine, héroine. Cependant il ne faudra y avoir recours que momentanément.

La médication externe : les applications abdominales, cataplasmes, compresses chauffantes électriques, compresses humides chaudes (eau et alcool camphrée) sont mieux supportés que la glace; la révulsion : avec teinture d'iode, frictions excitantes peuvent être employées.

b) *Faire un traitement de fond de la douleur dans l'intervalle des crises.*

1. Les médicaments sédatifs rendent de grands services : antipirine, quinine et ses dérivés, pyramidon, chanvre indien; la belladone, le gardénal, la jusquiame, la valériane, les antispasmodiques : benzoate de benzyle, le sénécio vulgaris, le gelsemium, le viburnum.

2. Lemaire de Louvain injecte dans le derme au niveau du métamère cutané, correspondant aux organes sensibles une solution faible de novocaïne (0,50 p. 100). On fera l'injection ici dans la région de la douzième dorsale et premières lombaires.

3. Les procédés hydrothérapiques sont utilisés : le grand bain tiède durant trente à quarante minutes à 35° environ; le bain de siège à 45°; les douches tièdes sous faible pression, quelques minutes de durée; les irrigations : injections vaginales d'eau alcalinisée sous faible pression, les lavements très chauds.

4. Les traitements physiothérapiques donnent peu de résultats. Les douleurs réapparaissent généralement après cessation du traitement. On peut compter quelques résultats par la galvanisation ou la galvanofaradisation avec de larges électrodes spongieuses. La Rœngenthérapie donnerait aussi dans les algies rebelles quelques succès,.. peut-êre dus à l'inhibition du sympathique.

5. Pour calmer chez ces femmes nerveuses « la surexcitation et la rêverie », le changement de milieu est préférable au repos absolu, « qui prédispose aux ruminations mentales ». Il faut aussi rassurer et remonter ces malades.

B. *Combattre l'oligoménorrhée ou l'aménorrhée qui « exagère le nervosisme ».* — On peut essayer les médicaments dits emménagogues : le yohimbe, l'apiol, le sénéçon, la rue, la sabine, le safran. Ils possèdent la propriété d'influencer la menstruation en augmentant l'apport de sang dans les ovaires.

On donnera la préférence à l'opothérapie : extraits d'ovaire (agomensine); extraits spermatiques; opothérapie thyro-ovarienne (0,20 d'extrait thyroïdien et 0,20 d'extrait ovarien par jour). Commencer une semaine après la fin des règles.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Pour traiter l'ovarite sclérokystique, le chirurgien est souvent embarrassé. Il y a eu une époque où l'on faisait systématiquement la castration. Cette opération a pu donner des succès fréquents mais non constants. Forgue et Massabuau, ont fait 224 interventions : ovariotomie uni ou bilatérale; 133 malades ont été suivies parmi lesquelles 54 continuent à souffrir comme avant, 79 sont améliorées. Cotte dans (*Lyon chirurgical*, 1925) donne aussi d'intéressants résultats. Il divise ses malades en trois catégories :

1° D'abord les malades chez lesquelles les troubles ont été consécutifs à un accouchement plus ou moins ancien : on a fait : vingt et une fois l'hystérectomie subtotale, dans six cas les douleurs ont persisté malgré l'opération radicale. Sept fois la castration unilatérale, guérison dans deux cas.

2° Des malades stériles. Dans cette catégorie on compte six castrations unilatérales avec fixation utérine pour dysménorrhée; persistance des douleurs dans trois cas.

3° Jeunes filles souffrant de dysménorrhée et ménorragies. On a fait pour dysménorrhée six castrations unilatérales avec fixation utérine, persistance des troubles dans deux cas.

Dans ce travail nous aurons surtout en vue : l'ovarite sclérokystique de la jeune femme c'est-à-dire que le traitement sera essentiellement conservateur. Cela pour deux raisons; parce que la castration comme nous venons de le voir ne suffit pas toujours à faire disparaître les douleurs et que les opérations conservatrices permettent le développement d'une grossesse ultérieure, Cotte : huit fois sur 28 opérations,

Walther, sur 88 opérées a vu survenir 50 grossesses. Ces avantages sont incontestables.

Avant 1923, le traitement conservateur consistait en : ignipuncture, résection partielle, jointes assez souvent à la fixation utérine. Les résultats sont connus.

M. le professeur Guyot a pratiqué la cautérisation de l'ovaire (ignipuncture) associée au « Doléris » et à l'appendicectomie avec 60 p. 100 de guérison. Il a fait une vingtaine de résections de l'ovaire (uni ou bilatérales) avec bons résultats.

Pozzi, sur 15 cas traités par ignipuncture ou résection partielle de l'ovaire compte 9 récidives et 6 guérisons.

Dupont : sur 11 cas, 6 récidives.

Delbet : sur 12 cas, 6 récidives.

Boursier : sur 37 malades, 23 sont revues dont 7 guérisons.

Walther : 242 opérées (ignipuncture ou résection) 184 guérisons, 47 persistances des douleurs, 11 interventions.

Forgue et Massabuau : 74 ont subi des interventions conservatrices et 50 ont été revues, 31 souffrent toujours.

En bloc on peut dire que la moitié des malades continue à souffrir.

Depuis une dizaine d'années d'autres interventions sont entrées dans la pratique. Nous donnerons après l'exposé de chaque procédé les résultats obtenus.

Actuellement, pour l'ovarite sclérokystique on fait soit : l'énervation de l'ovaire; opération de Dupont; l'angioneurotomie : procédé de Castano et Introzzi; la résection du nerf présacré : opération de Cotte; la résection de la gaine péri-artérielle hypogastrique : opération de Leriche. Celle-ci est plus difficile que l'opération de Cotte. Elle est peu pratiquée actuellement. Nous la laisserons de côté bien qu'elle ait donné de bons résultats.

M. le professeur Guyot qui fut le premier à Bordeaux à faire des sympathectomies pelviennes et qui en a une grande expérience l'a pratiquée bon nombre de fois avec succès, de même que Leriche, Hamant, Cotte, Michon, Chavannaz et Courty...

On fait enfin la phénolisation des nerfs : méthode de Doppler, préconisée en France par A. Binet de Nancy.

Ces opérations sont rarement faites seules. On leur associe la ligamentapexie, l'appendicectomie, la résection partielle de l'ovaire, l'ignipuncture à titre prophylactique.

OPERATION DE COTTE.

Technique.

1° *Incision.* — Beaucoup de chirurgiens emploient l'incision de Pfannestiel. Il s'agit, en effet, souvent de femmes jeunes ou de jeunes filles pour lesquelles le point de vue esthétique a de l'importance. M. le professeur Guyot, Bernard et Théodoresco, Mornard la jugent peu pratique.

2° *Découverte du nerf.* — « C'est sur le corps de la cinquième vertèbre lombaire, un peu au-dessus du promontoire, que le nerf est le plus facilement accessible. Il importe donc tout d'abord de bien voir le promontoire; c'est le premier point de repère. Au-dessus de lui et en dehors, les deux artères iliaques primitives, toujours saillantes sous le péritoine, dessinent un triangle à base inférieure, à sommet correspondant à la bifurcation de l'aorte; elles constituent un deuxième point de repaire. Dans l'aire ainsi délimitée, on aperçoit, à gauche de la ligne médiane, les vaisseaux mésentériques inférieurs, qui cheminent à la base du méso-côlon pelvien sur un plan antérieur à celui de la lame pré-lombo-sacrée, c'est un troisième point de repère ».

« Assez fréquemment, on peut voir le nerf par transparence sous le péritoine postérieur ou le sentir rouler sous le doigt comme un cordonnet... ». Le péritoine postérieur est attiré avec une pince et le pli formé, ouvert aux ciseaux. La boutonnière est agrandie : l'une des lèvres est maintenue par une pince de J.-L. Faure, que garde l'aide. Le chirurgien tient l'autre et de la pointe fermée de ses longs ciseaux, dilacère le tissu cellulaire lâche qui entoure le nerf. Celui-ci est toujours plus important, plus large qu'on ne s'attend à le trouver. Il

faut charger sur une aiguille de Deschamps toute cette nappe étalée, dont la texture nerveuse est facilement reconnaissable à l'œil, quand on la fait glisser, pour la libérer, de haut en bas et de bas en haut sur l'aiguille de Deschamps qu'on attire en même temps à soi. La seule vision, de la bifurcation du nerf en lambda est déjà la certitude du succès de la résection qui va avoir lieu. Au cas où le nerf ne serait pas aperçu dès l'ouverture du péritoine, il faut se souvenir que l'on doit le chercher superficiellement et non pas contre le plan osseux; le nerf est collé à la face profonde du péritoine comme l'uretère à la face profonde des feuillets postérieurs du ligament large.

La résection s'exécute aux ciseaux sur 3 ou 4 centimètres. L'hémorragie veineuse est pratiquement nulle, un simple tamponnement suffit. Jamais l'on ne fait de ligature. Une suture en bourse ferme la brèche péritonéale ».

Dans l'ovarite sclérokystique, la résection du nerf présacré est rarement employée seule. On lui associe habituellement une intervention sur les ovaires : résection, ignipuncture; ou appendicectomie.

OBSERVATIONS

Interventions avec très bons résultats.

Observation I. — (*Thèse de Cueille. Service du prof. Guyot*). *Névralgie pelvienne. Opération de Cotte. Guérison.*

N... (Yvonne), 35 ans, ménagère, entre le 3 novembre 1927, à l'hôpital Boursier, à l'occasion d'une plaie contuse au genou, et se plaint dans le service de souffrir du bas-ventre depuis son mariage, il y a seize ans. Depuis cette époque, elle souffre continuellement du bas-ventre et « dans les reins », mais cette douleur sourde s'exaspère après les fatigues de la journée, après une marche si courte soit-elle (elle ne peut guère faire plus de 500 mètres sans souffrir beaucoup), au point de l'obliger à rester étendue quelquefois pendant une bonne partie de la journée. Sur ce fond de douleur constante apparaissaient de temps en temps des crises paroxystiques l'obligeant à rester étendue pendant huit jours et plus. Ces douleurs pelviennes, comparables à un déchirement avaient des irradiations lombaires. Au moment des crises les rapports sexuels, déjà douloureux en temps habituel, étaient impossibles.

Dans ses antécédents on relève l'histoire suivante. Apparition tardive de ses premières règles à 17 ans. Bien réglée jusqu'à 19 ans, époque de son mariage, elle a présenté depuis des règles fort irrégulières comme date et abondance et fort douloureuses, l'obligeant à garder le lit pendant quarante-huit heures au moins. Elle a fait une fausse couche de trois mois, non compliquée, en 1915, et une grossesse normale en 1918, qui n'ont entraîné aucune modification des douleurs pelviennes. En 1925, elle avait été hospitalisée avec le diagnostic d'appendicite et de hernie inguinale droite.

A l'examen génital, M. le professeur Guyot avait trouvé « un utérus en position antérieure, déjeté à gauche un peu abaissé. Les annexes ne sont pas perceptibles, mais la pression des culs-de-sac latéraux réveille une douleur, plus vive à gauche ». Au cours de l'appendicectomie, pratiquée le 31 octobre 1925, on trouve un « utérus petit, deux ovaires scléro-kystiques ». Aucune intervention n'a été pratiquée sur l'appareil génital.

En novembre 1927, deux ans plus tard, l'examen du tractus génital montre : « Col utérin déchiré, dur abaissé (cystocèle et recto-

cèle légères). Utérus de volume normal, antéfléchi et mobile; mais cette mobilisation est douloureuses surtout à gauche ». La malade est mise au repos au lit et à la glace sur le ventre pendant deux mois sans être soulagée et c'est alors qu'on décide d'intervenir.

Opération le 24 janvier 1928, sous anesthésie générale par M. Le professeur Guyot (aide docteur Jean Villar, chef de clinique).

Dès le ventre ouvert on voit un utérus qui paraît normal et deux ovaires un peu augmentés de volume mais ne présentant pas de lésions inflammatoires ni de grosses lésions macroscopiques. Dans ces conditions, une hystérectomie ne paraît pas indiquée et l'on décide de faire une opération de Cotte. Incision du péritoine postérieur au-devant des gros vaisseaux. En écartant les deux lèvres péritonéales, l'uretère gauche se présente. Il est écarté et ne gênera plus au cours de l'opération. En soulevant le tissu cellulaire compris dans la bifurcation aortique on met en évidence les filets nerveux du nerf pré-sacré qui divergent vers le petit bassin et l'on resèque sur une longueur de 2 centimètres. On lie quelques petits vaisseaux qui saignent. Fermeture du péritoine postérieur par un surjet au catgut n° 0. Fermeture de la paroi en trois plans, sans drainage ».

Suites opératoires normales. Pas de pertes de sang par le vagin. pas de troubles de la miction, sauf une légère dysurie pendant la première journée. Guérison « per primam ».

Examen le 18 février 1928, c'est-à-dire un mois environ après l'opération. Col un peu abaissé. La pression au niveau des culs-de-sac vaginaux n'est pas douloureuse. La mobilisation de l'utérus est indolore. Aucune zone d'anesthésie au niveau de la vulve. La malade dit se sentir très soulagée et pouvoir faire son ménage. Les rapports qui étaient redoutés, sont devenus normaux et désirés.

En novembre 1928, la malade qui n'a pas été revue, a donné de ses nouvelles. Elle mène une vie normale et ne souffre plus, sauf au moment des règles, qui s'accompagnent de pesanteur dans la région lombaire.

Observation II. — (*Thèse de Cueille. Service de M. le professeur* J. *Guyot.*) *Dysménorrhée. Opération de Cotte et ovariotomie droite. Guérison*).

V... (Charlotte) 27 ans, entre à la clinique gynécologique le 5 septembre 1928 parce qu'elle souffre dans la région droite du bassin depuis 1920, date de sa première fausse couche.

Réglée à 13 ans, elle se marie à 18 ans, en 1919. En 1919, elle fait un premier avortement à la suite duquel elle commence à souffrir et à avoir des pertes jaunâtres. En huit ans jusqu'à l'époque actuelle elle fait 7 fausses couches et une réaction de Bordet-Was-

sermann faite dans son sang a été positive (Aucun antécédent héréditaire ne peut faire songer à une hérédosyphilis).

Depuis huit ans elle souffre par crises, qui surviennent principalement dans les jours qui précèdent ses règles. Elle est alors obligée de rester couchée pendant plusieurs heures chaque jour ne pouvant se livrer à aucun travail. Pendant ces périodes les rapports sont très douloureux. Au début, ces crises étaient assez peu violentes; elles ont progressivement augmenté d'intensité : Ce sont des sensations très pénibles de torsion, siègeant dans le bas-ventre, principalement à droite et s'irradiant à la racine de la cuisse. Examen le 2 octobre 1928. On ne remarque rien de notable à l'inspection de l'abdomen. La palpation montre une paroi souple, mais révèle l'existence d'un point douloureux électif dans la région annexielle droite. Au toucher on sent un col utérin abaissé, gros, mou, très mobile. L'exploration des culs-de-sac est indolore. Annexes non perceptibles

Opération sous-anesthésie générale, le 7 novembre 1928, par M. le professeur Guyot (aide docteur Jean Villar, chef de clinique). Dès le ventre ouvert on voit un utérus infantile, l'ovaire droit est kystique. La trompe gauche paraît saine et l'ovaire gauche très peu kystique. On pratique une ovario-salpingectomie droite puis la résection du nerf présacré. Ligature de quelques veinules autour de l'uretère gauche. Suture du péritoine postérieur par un surjet au catgut. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires normales. Pas de troubles de la miction autres qu'une légère dysurie pendant 24 heures.

Au moment de sa sortie du service, la malade se dit très soulagée. Le toucher vaginal ne réveille aucune douleur. Pas de zones d'anesthésie vulvaire.

Six mois plus tard, en mai 1929 la malade donne de ses nouvelles et dit être très heureuse d'avoir été opérée.

Observation III. — (*Thèse de Cueille. Service de M. le professeur Guyot. Douleurs pelviennes. Opération de Cotte; appendicectomie : dilatation anale.*

Mme C... (Marie), 36 ans, entre à l'hôpital le 19 décembre 1927 parce qu'elle commence à souffrir du bas-ventre après une sédation temporaire consécutive à une hystérectomie subtotale.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents jusqu'à l'âge de 29 ans, où après un accouchement normal, elle commence à souffrir du bas ventre.

Ces douleurs plus marquées à droite ont des irradiations dans la région lombaire, la racine des cuisses et les grandes lèvres. C'est une sensation continuelle de pesanteur, de tiraillements, qui s'exagère après la fatigue et oblige fréquemment la malade à garder le

lit pendant une quinzaine de jours. Quelques crises, plus intenses, se sont accompagnées de vomissements et de syncope. Les rapports sexuels sont impossibles.

En 1927. M. le professeur Guyot trouve à l'examen gynécologique un gros utérus métritique antéfléchi et des annexes perceptibles à droite. L'existence de lésions utérines et l'intensité de la douleur décident à pratiquer une hystérectomie subtotale le 7 février 1927 (gros utérus métritique sans noyaux fibromateux avec ovaires scléro-kystiques). A la suite de cette opération, la malade se considère comme guérie et reprend ses occupations de ménagère. Cette rémission totale dure environ six mois, puis à peu peu, les phénomènes douloureux pelviens réapparaissent progressivement avec les mêmes caractères qu'autrefois et une intensité plus grande. Le repos au lit est nécessaire, les rapports sexuels sont impossibles. En même temps, s'installe un syndrome de fissure anale.

L'examen fait le 18 décembre 1927 montre l'existence d'une fissure anale. Au toucher vaginal l'entrée du vagin n'est pas douloureuse. Le col légèrement déchiré, est en position normale mais sa mobilisation même légère provoque des douleurs très vives, irradiées au périnée et à la racine des cuisses. Les culs-de-sac sont très sensibles et la pression du doigt à leur niveau réveille des douleurs très vives avec les mêmes irradiations que précédemment. Aucun signe physique d'inflammation, pas d'empâtement. Rien de pathologique dans le reste de l'organisme, bon état général.

Opération le 3 janvier 1928, sous-anesthésie générale par M. le professeur Guyot (aide docteur Jean Villar, chef de clinique). Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du ventre, on constate l'excellence de la péritonisation pelvienne faite au cours de l'hystérectomie subtotale autrefois pratiquée, il n'y a pas la moindre adhérence, ni épiploïque ni intestinale. L'appendice par contre est manifestement malade, rouge, congestif. Il sera enlevé dans un deuxième temps.

Premier temps : opération de Cotte. Un peu délicate. L'uretère gauche se présente le premier : il est récliné et éloigné du feuillet péritonéal après incision transversale de celui-ci sur le promontoire. En avant de la veine-cave inférieure, à son origine, on aperçoit nettement des filets nerveux importants qui sont isolés du gros vaisseau veineux et soulevés par une aiguille mousse à grande courbure. A 2 centimètres environ l'une de l'autre sont mises deux pinces, entre lesquelles on résèque des filets nerveux que l'on voit très nettement à la section.Ligature des deux pédicules, fermeture en bourse au catgut, du péritoine postérieur, attouchement à l'éther.

Deuxième temps : appendicectomie — Fermeture de la paroi en trois plans.

Troisième temps, dilatation anale.

Suites opératoires anormales Dysurie pendant 48 heures. Examen histologique du segment du nerf présacré enlevé au cours de l'in-

tervention (Mlle la doctoresse Dubreuil). Le fragment prélevé contient manifestement des filets nerveux. Les fibres nerveuses sont en majorité dépouvues de myéline et l'on constate la présence d'assez nombreuses cellules ganglionnaires.

Le 23 mars 1928 près de cinq mois après l'opération, la malade est revue. Elle a augmenté de 2 kilos. Elle ne souffre plus et se sent transformée. Pas de douleurs pendant les rapports sexuels qui sont devenus normaux. Appétit sexuel plutôt augmenté. Au toucher, la mobilisation du col n'est pas douloureuse. Les culs-de-sac vaginaux sont libres, souples, insensibles. Le toucher rectal est indolore.

La malade a donné de ses nouvelles en mars 1929, 16 mois après l'opération. La guérison se maintient.

Observation IV (Thèse de Cueille ; Service de M. le professeur Guyot)

Douleurs pelviennes. Opération de Cotte et appendicectomie

G..., (Jeanne), 27 ans , entre à la clinique gynécologique parcequ'elle souffre du bas-ventre, depuis son dernier accouchement fait il y a deux ans.

Réglée à 11 ans de façon régulière, elle se marie à 24 ans. Elle fait successivement une fausse couche. un accouchement normal à terme, puis un accouchement prématuré de huit mois à la suite d'un accident, enfin deux avortements de deux mois en 1927. Mais en 1926 à la suite du deuxième accouchement dont les suites ont été cependant parfaites, elle accuse des crises douloureuses survenant trois à quatre fois par mois et durant deux à trois jours en moyenne. Ce sont des douleurs siégeant dans le bas-ventre du côté gauche (région annexielle) et s'irradiant vers la région lombaire et le pubis. Elles ont le type de coliques et de douleurs de torsion et sont assez violentes pour nécessiter le séjour au lit. Depuis le début des douleurs, pertes blanches abondantes. Pas de modifications dans la menstruation.

Examen le 2 octobre 1928. Col dur, mobile. Utérus un peu globuleux, courbé en avant, très mobile sans que sa mobilisation ne réveille aucune douleur. Culs-de-sac souples et non sensibles.

Opération le 23 octobre 1928, sous anesthésie générale par M. le professeur Guyot (aide docteur Jean Villar, chef de clinique). Incision sus et sous-ombilicale. L'examen de l'appareil génital montre un petit utérus et deux ovaires kystiques, collés contre le bassin.

Premier temps : opération de Cotte.

On incise le péritoine au niveau du promontoire et on dénude la bifurcation de l'aorte et les deux iliaques primitives. On rencontre de nombreux petits ganglions et on resèque tout le tissu cellulo-adipeux situé en avant de ces vaisseaux et renfermant des filets nerveux en petit nombre. Ligature de un ou deux petits vaisseaux

qui saignent. Péritonisation en surjet du péritoine postérieur. Attouchement à l'éther.

Deuxième temps : appendicectomie, l'appendice paraissant gros et un peu congestionné. Fermefure de la paroi en trois plans sans drainage. Suites opératoires normales. Pas de troubles vésicaux. Légères pertes de sang pendant trois jours. Trois semaines plus tard au moment de quitter l'hôpital le cul-de-sac postérieur est insensible. Pas de crise douloureuse pendant le séjour à l'hôpital.

La malade n'a pas pu être suivie et n'a pas donné de ses nouvelles.

Observation V (due à l'obligeance de M. le professeur Jeanneney)

L..., Marguerite 25 ans. Réglée à 12 ans. Règles irrégulières, peu abondantes et douloureuses. Mariée à 24 ans, règles toujours irrégulières, souffre du côté gauche avec poussées fébriles. Dysménorrhée.

Antécédents : Bronchite, oreillons à 12 ans. Opération en décembre 1932. Laparotomie médiane : gros utérus, rétrofléchi. Doléris, opération de Cotte, résection des ovaires sclérokystiques.

Suites normales. Revue en juin 1933.

Souffre un peu à gauche. En octobre 1933 bon état. Se dit guérie.

Observations VI, VII, VIII, IX (Hamant).

Femmes de 24, 28, 28, 32 ans. Souffrance datant de datant de plusieurs années, débutant une dizaine de jours et durant une huitaine après les règles.

Ovarite scléro-kystique bilatérale.

Résection partielle cunéiforme des ovaires et suture des deux tranches. Fixation rétroutérine du ligament rond (Dartigues). Résection de l'appendice. Résection du nerf présacré sur trois centimètres, Après intervention, menstruation le 2e jour; durée trois jours, intensité moyenne. Les troubles ont disparu.

Observations X, XI, XII (Hamant).

Femmes de 24, 26, 34 ans. Accusant de pénibles sensations de pesanteur au niveau du périnée, du rectum, depuis plusieurs années (chez l'une les douleurs étaient apparues après un accouchement normal). Les douleurs étaient marquées une huitaine de jours avant et après les règles.

Ovarite scléro-kystique bilatérale.

Traitement : Résection cunéiforme des ovaires, suture des tran-

ches — Résection de l'appendice. Résection du nerf présacré. Les troubles ont disparu.

Résultats datant de 16, 10 et 4 mois.

Observations XIII, XIV, XV (Hamant).

Femmes de 21, 26, 30 ans, se plaignent de douleurs pelviennes presque continuelles exacerbées trois jours avant les règles, surtout marquées à droite (observation XIII, alternant à droite et à gauche).

Ovarite scléro-kystique unilatérale.

Appendicite chronique, dilatation veineuse, surtout marquée à droite.

Traitement : Résection cunéiforme de l'ovaire droit. Résection des veines dilatées des deux côtés. Ablation de l'appendice. Résection du nerf présacré.

Bon résultat datant de 4, 3 et 1 mois.

Observations XVI, XVII (Hamant).

Femmes de 21, 35 ans. Accusant des douleurs pelviennes dans la position debout dès la moindre fatigue. Fausses couches à répétition de 1 mois 1 /2 à deux mois (Wassermann-négatif) et traitement suivi sans résultat. Sensation de pesanteur anale.

Ovarite scléro-kystique. Légère rétroversion. Traitement : fixations des ligaments ronds. Redressement de l'utérus. Résection de l'appendice.

Résection du nerf présacré.

Disparition des douleurs, marche facile, règles régulières.

Résultat datant de quatre et deux mois.

Observation XVIII

(L. Michon et J. Haour).

Mme J..., 22 ans, un enfant. A toujours souffert terriblement plusieurs jours avant les règles. Toutes médications sont sans succès même après grossesse. Utérus antéfléchi et Douglas libre. Annexes non perceptibles sauf ovaires gros et douloureux.

Intervention le 16 avril 1926 (Haour). Appendicectomie. Gros ovaire droit polykystique. Ponction des kystes à l'aiguille. Recherche et résection du présacré. Fixation ligamentaire.

Revue le 21 septembre 1926. Ne souffre plus de ses règles. En 1929, les règles sont peu abondantes.

Observation XIX

(L. Michon et J. Haour).

Mlle J..., 36 ans. Dysménorrhée depuis la puberté. Douleur permanente dans la fosse iliaque droite. Maux de reins.

Au toucher, rétroversion, annexes non senties. Intervention le 14 mars 1927 (Haour). Résection du présacré. Fixation ligamentaire.

Revue en janvier 1930. Résultat est parfait.

Observation XX

(L. Michon et J. Haour).

Mme G..., 27 ans. Oligoménorrhée, tendance à l'embonpoint. Dysménorrhée persistante. Examen gynécologique négatif.

Intervention (Haour), le 30 mai 1928.

Ovaires gros, blancs, allongés, scléreux. Trompes saines. Section du présacré. Fixation ligamentaire.

Revue le 28 juin. Ne souffre plus de ses règles. Celles-ci plus abondantes deviennent plus rares, mais le 17 avril 1929 début de grossesse.

Observation XXI

(L. Michon et J. Haour).

Mlle B..., âgée de 24 ans. Présente depuis la puberté une dysménorrhée douloureuse l'obligeant à garder le lit. En outre, elle a présenté des petites poussées de réaction péritonéale avec légères élévations thermiques.

Intervention le 19 octobre 1928. Résection des trois quarts de l'ovaire gauche qui est polykystique. Résection du présacré. Ligamentopexie. Résultats excellents.

Observation XXII

(L. Michon et J. Haour).

Mme B..., 35 ans. Présente depuis 6 mois de l'hyperménorrhée. Les deux ovaires sont perçus au toucher.

Intervention le 27 août 1928. Ablation de cinq petits fibromes utérins pédiculisés. Résection des trois quarts de chaque ovaire (ovarite scléro-kystique). Section du nerf présacré.

Excellents résultats. Disparition complète des douleurs et suppression de l'hyperménorrhée.

Observation XXIII

(L. Michon et J. Haour).

Mme R..., 28 ans. Présente la dysménorrhée douloureuse depuis la puberté. Depuis son mariage les douleurs menstruelles ont augmenté. L'examen montre un utérus infantile, antéfléchi, rétroposé.

Intervention le 17 avril 1929 (Michon). Résection partielle de l'ovaire droit scléro-kystique. Section du présacré. Ligamentapexie et appendicectomie.

Excellent résultat. Disparition complète des douleurs.

Observation XXIV

(L. Michon et J. Haour).

Mlle L..., âgée de 20 ans, présente depuis plusieurs années des irrégularités menstruelles faisant alterner les périodes de ménorragies avec celles d'aménorrhée. Les troubles sont mis sur le compte d'ovarite sclérokystique.

Intervention le 13 mai 1929 (Michon). Résection des trois quarts des ovaires. Section du présacré. Ligamentapexie et appendicectomie. Excellent résultat. Régularisation des périodes menstruelles.

Observation XXV

(Ekkert-Petersen).

Opération le 22 juin 1928. Malade de 24 ans, se plaint de douleurs pelviennes depuis plusieurs années et d'une dysménorrhée considérable. Ovaire un peu plus gros qu'une noix en état d'ovarite scléro-kystique. Utérus et salpinges sans altération.

Après ponction des kystes, résection du présacré. Suites normales. Après quatorze mois, elle déclare se bien porter. Les douleurs anciennes ne sont plus revenues et la dysménorrhée aussi a disparu.

Observation XXVI

(Ekkert-Petersen).

Opération le 3 août 1928. Malade âgée de 33 ans se plaignant de douleurs pelviennes depuis deux ans. Les ovaires de la grandeur d'une noix. Utérus et salpinges sans altération.

Après ponction des kystes, résection du présacré. La malade quitte l'hôpital sans douleur. Après un an elle déclare se bien porter et n'avoir plus souffert depuis.

Observation XXVII

(Ekkert-Petersen),

Opération le 24 août 1928. Malade de 20 ans, se plaint de dysménorrhée forte depuis la seizième année et aussi de douleurs siégeant dans la partie gauche du bas-ventre.

Ovaire gauche en état d'ovarite scléro-kystique. Ovaire droit est normal.

Après ponction des kystes de l'ovaire gauche, résection du présacré. Suites normales. Après un an, déclare se bien porter, les douleurs anciennes ne sont pas revenues et la dysménorrhée a disparu.

Observation XXVIII

(Ekkert-Petersen).

Opération le 18 juin 1929. Malade âgée de 21 ans. Se plaint de douleurs pelviennes depuis plusieurs années. Après accouchement douleur plus accusée.

Ovaire droit plus gros qu'une grosse noix. Après ponction des kystes, résection du présacré.

La malade a quitté l'hôpital sans douleur.

Interventions avec résultats nuls ou incomplets.

Observation XXIX

(due à l'obligeance de M. le professeur **Jeanneney**).

D... Yvette, 24 ans. Réglée à 13 ans. Règles abondantes, douleurs prémenstruelles et inter-menstruelles. Pertes blanches. Constipée; tousse; palpitations; très nerveuse.

Antécédents : Une sœur morte de méningite tuberculeuse à 12 ans.

Antécédents personnels : Bronchite.

Opération le 20 décembre 1930. Ses deux ovaires sont scléro-kystiques. Ovaire gauche paraît le plus malade. Résection du nerf présacré. Cautérisation du pédicule ovarien bilatérale. Appendicectomie. Suites : rétention d'urines.

Revue le 4 janvier 1932, La dysménorrhée interménstruelle persiste avec petites pertes rouges à 12 jours des règles. Pertes blanches.

On fait la diathermie.

Revue le 27 avril 1933, brûlures sous-ombilicales, poids périnéal très soulagée par la diathermie. Le 14 mai 1934, a eu une crise abdominale avec rétention d'urine, fièvre 38°; 10 jours à la glace, on fait R. U. V., sans résultat.

R. X., sur sympathique abdominal.

Améliorée (?) par sympathyl.

Observation XXX

(Grouzelle)

Mme D..., 35 ans. Réglée à 14 ans et demi. Règles irrégulières... Douleurs très intenses surtout dans la période pré-menstruelle. Douleurs intolérables qui reviennent à chaque époque et disparaissent avec l'écoulement sanguin.

Mariée à 27 ans. Cette femme peut cependant avoir quatre enfants.

Depuis juin 1926, elle a des règles de plus en plus abondantes et douloureuses qui la décident à entrer à l'hôpital en mai 1927.

Le toucher vaginal révèle sensibilité assez vive, dans la partie profonde des culs-de-sac latéraux. L'utérus est légèrement prolabé dans le Douglas.

Opération le 10 juin 1927. L'utérus légèrement basculé en arrière, les deux ovaires sont scléro-kystiques. L'opérateur pratique la résection du plexus hypogastrique suivant technique de Cotte.

La malade sort le 23 juin. Elle revient sur notre demande quatre mois après. Les règles ont diminué de durée, mais la malade souffre encore une semaine environ avant ses règles. Elle revient à nouveau dans le service parce qu'elle souffre. Elle est opérée. On trouve que les lésions kystiques des ovaires ont diminué. L'utérus est fixé à la Doléris. Malade sort.

Malgré cette seconde intervention, elle revient une troisième fois dans le service.

Observation XXXI

(Grouzelle).

Mme V..., 26 ans. Réglée tardivement à 19 ans. Règles durent 6 à 8 jours. Elles sont irrégulières. Elles disparaissent souvent pendant trois mois. La crise douloureuse commence plusieurs jours avant les règles pour persister jusqu'à la fin. Elle a deux enfants dont l'un est mort à deux mois et demi.

Elle entre dans le service où elle est opérée le 20 décembre 1926. Les deux ovaires sont kystiques et scléreux.

M. le professeur Gaudier enlève l'ovaire droit qui paraît le plus malade et résèque les kystes de l'ovaire gauche.

Elle est opérée la 2e fois le 1er juillet 1927.

Elle subit la résection du nerf présacré.

Le 14 octobre elle revient sur notre demande, les douleurs persistent dans le bas-ventre. Quinze jours après sa sortie de l'hôpital la malade souffre au point de se mettre la glace sur le ventre.

Observation XXXII

(Grouzelle).

Mme S..., 29 ans. Subit le 6 novembre 1926 une appendicectomie et un Doléris dans le même service.

Elle y entre le 8 février 1927 parce qu'elle souffre. Douleurs à la menstruation surtout à gauche.

Au toucher l'utérus est bien fixé, les annexes ne sont pas perceptibles. Les culs-de-sac sont douloureux à la pression surtout à gauche.

Réopérée par M. le professeur Gaudier, le 14 février. Elle subit la résection du nerf présacré sous rachianesthésie.

La malade se trouve améliorée sans que ses crises douloureuses aient disparu complétement.

Observation XXXIII

(Grouzelle).

Mme S..., 25 ans. Opérée le 8 juin 1927 pour ovarite scléro-kystique. Son cas est superposable aux autres.

Observation XXXIV

(Ekkert-Petersen).

Opération le 19 juillet 1927. Malade âgée de 22 ans se plaignant de douleurs pelviennes qui avaient été les mêmes pendant plusieurs années. Les ovaires de la grandeur d'une grosse noix en état d'ovarite scléro-kystique. Après la ponction d'un grand nombre de petits kystes, la résection du nerf présacré a été faite.

Utérus et salpinges sans altération.

Suites opératoires normales.

La malade quitte l'hôpital en bon état, sans douleur. Mais après quelques mois les douleurs sont revenues...

Observation XXXV

(Hamant).

Jeune fille de 22 ans. Souffre du bas-ventre même en position couchée, malgré l'application de pansements humides. Etat général déficient. Alimentation rendue difficile en raison des souffrances, qui, parfois s'accompagnent de vomissements. Troubles surtout marqués deux jours avant les règles qui durent quatre jours et sont abondantes. L'appendice a été enlevé il y a plusieurs années. Ovaires d'apparence normale, un peu de liquide dans le Douglas, très légères adhérences épiploïques.

Traitement : Suture et ligature des adhérences. Ponction au thermo des ovaires. Résection du nerf présacré.

Les règles apparurent 3 jours après, furent peu douloureuses. L'état général est redevenu bon. L'intervention date de douze mois.

Observations XXXVI-XXXVII

(Hamant).

Femmes de 25 et 27 ans. Douleurs dans la position debout prolongée. Appendicite aiguë, trois mois et cinq mois auparavant. Les malades demandent une laparotomie... Souffrances apparaissant dix jours environ avant les règles et les obligeant à rester couchées 4 à 5 jours.

Ovarite scléro-kystique.

Traitement : Ponction des kystes au thermo. Résection de l'appendice. Résection du nerf présacré.

Menstruation facile le deuxième jour, puis indolente ou presque depuis.

Résultat bon datant de 13 et 4 mois.

RESULTATS

Sur les 37 malades dont nous venons de publier l'observation, 28 sont complètement guéries, 9 sont seulement améliorées dont une (obs. XXIX) présente des douleurs intermenstruelles.

Sept (Obs. XXX, XXXI, XXXII, XXXIII, XXXIV,

XXXVI, XXXVII) présentent des douleurs prémenstruelles.

Une (obs. XXXV) a des règles douloureuses.

On peut dire qu'il y a eu guérison dans 70 % des cas.

Dans presque tous les cas, les douleurs menstruelles ont disparu, tandis que les douleurs prémenstruelles résistent au traitement.

Nous ne pouvons publier les observations de Cotte qui sont très nombreuses, l'auteur les a résumées dans son livre *La Chirurgie du sympathique pelvien en gynécologie*, 1932.

Nous relevons que parmi les dysménorrhéiques traitées par la résection du nerf présacré, 34 ont des lésions d'ovarite unilatérale ; 34 autres des lésions bilatérales.

Parmi les malades traitées pour névralgies pelviennes ; quatre sont atteintes d'ovarite scléro-kystique.

En tout 72 malades, 68 ont été revues, parmi lesquelles on compte 3 récidives, 47 sont complètement guéries ; chez 18, il persiste des troubles : entérocolite, douleurs lombaires et prémenstruelles, mais les dysménorrhées disparaissent constamment.

OPERATION DE DUPONT
ENERVATION DE L'OVAIRE

Technique opératoire

« Après laparotomie l'ovaire est attiré et retourné, le feuillet postérieur du ligament large est incisé transversalement à 1/2 centimètre du hile ; l'artère ovarienne reconnue est écartée, puis tous les autres tissus sont sectionnés entre deux ligatures, jusqu'au feuillet antérieur du ligament large. Le péritoine reconstitué, l'ovaire est remis en place sans qu'aucune intervention ait été pratiquée sur lui.

L'énervation doit être faite sur les deux ovaires ; les douleurs sont, en effet, souvent irradiées d'un côté à l'autre et il est de plus exceptionnel de rencontrer l'ovaire sclérokystique unilatéral.

Cette opération ne présente aucune gravité, quant aux dangers que l'on peut faire courir à l'ovaire, la section de ses nerfs, nous pouvons affirmer, qu'ils sont illusoires. Toutes nos malades ont présenté après l'opération, des règles normales et l'une d'elles est même devenue enceinte. »

Interventions avec très bons résultats.

Observation I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Jeanneney).

E. Marie-Yv., 41 ans, souffre du ventre depuis 6 ans, douleur survenue sans raison, marquée surtout à gauche et 8 jours avant les règles et à la fatigue. — Léger syndrome fissuraire anal.

Antécédents : congestion pulmonaire 1915; anémie; très nerveuse — Diagnostic : ovarite gauche.

Opération. — Laparotomie 10 février 1933. — Enervation de l'ovaire gauche. — Trompes saines. — Appendicectomie. — Pexie utérine (Dartigues).

Revue en novembre 1933. Très bon état.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Jeanneney).

L. Yvonne, 25 ans. Réglée à 14 ans, règles irrégulières, souffre 8 jours avant dans le bas-ventre et dans les reins... Dysménorrhée que le mariage n'a pas changée. Douleur aux rapports... demi-infirme.

En plus, palpitations, bouffées de chaleur, céphalées. — Très nerveuse...

Au toucher, rétroversion et ovaires très douloureux.

Opération le 28 juillet. — Laparotomie. — Ablation de l'ovaire et trompe à droite. Ovaire gauche, résection du pédicule nerveux et attouchement à l'alcool.

Règles le lendemain de l'opération.

Revue le 28 août. Très bon état, ne souffre pas.

Observation III

(Dupont.)

Madame V... 38 ans souffre du ventre depuis un accouchement qui remonte à cinq ans. Douleurs surtout au moment des règles des deux côtés du ventre. Souffre dans la région lombaire de façon permanente. Crises douloureuses dans les fosses iliaques, avec irradiation à la face externe des cuisses.

Troubles gastriques surtout au moment des règles. Au toucher on trouve un utérus en rétroversion, mobile; sensibilité au niveau des annexes droites que l'on ne perçoit pas.

Opération le 11 septembre 1925. — Anesthésie générale à l'éther. Appendice petit, rosé, enlevé. Utérus en rétroflexion facilement réductible. Annexes gauches normales. Ovaire droit scléro-kystique et œdémateux situé sous l'utérus.

On ne fait aucune opération sur l'ovaire lui-même mais on résèque le pédicule infundibulo-pelvien en ménageant l'artère ovarienne. On termine l'opération par ligamentopexie retro-utérine.

Malade revue le 24 mars 1926. Elle est en excellent état, elle a engraissé. Ses règles sont survenues le lendemain de l'opération, puis un mois après étaient redevenues normales sans aucune douleur.

Les douleurs avec irradiation qu'elle présentait ont complètement disparu. Elle n'a plus de troubles gastriques.

Cette malade est la première sur laquelle nous ayons pratiqué l'énervation.

Observation IV

(Dupont).

Madame H... 24 ans souffre du ventre depuis cinq ans et souffre surtout au moment des règles.

Au toucher on trouve un utérus en retroflexion irréductible et très douloureux et une masse para-utérine droite très sensible et perceptible également par le ventre.

Opération le 5 février 1926. L'utérus est facilement redressé mais il est entouré de fausses membranes rouges. L'appendice collé à la masse para-utérine ne paraît pas malade par lui-même mais par continuité. L'ovaire droit sous-utérin et kystique est énervé au niveau du hile. On termine par une ligamentopexie en fixant les ligaments dans la suture péritonéale.

La malade a été revue à plusieurs reprises et pour la dernière fois en septembre 1926. Les règles sont revenues un mois après l'opération, les premières un peu douloureuses, les secondes absolument indolores. Elle souffre quelquefois à gauche mais jamais à droite; le cul-de-sac droit au toucher est d'une insensibilité absolue.

Observation V

(Dupont).

Madame T..., 27 ans. Depuis six ans souffre du ventre au moment des règles et surtout du côté droit.

Opérée le 13 mars 1926 pour avortement tubaire avec hématocèle. Ablation des annexes où siège l'avortement.

Etant donné que cette malade souffrait antérieurement du ventre et surtout du côté droit, on énerve l'ovaire droit...

Guérison simple.

Revue en mai 1926. Elle a eu ses règles un mois après l'opération. Elles ont été absolument sans douleur. Cet état s'est maintenu depuis.

Observation VI.

(Dupont).

Madame V.. souffre du ventre depuis quelques années.

Au toucher : à droite; masse empâtée. A gauche sensibilité très vive, pas de masse. Utérus en rétroversion.

Opération le 24 mai 1926. Appendice collé à la masse droite, réséqué. Utérus en rétroversion réductible. Annexes droites adhérentes à l'utérus.

Ovaires scléro-kystiques des deux côtés, petites adhérences filamenteuses rouges réunissant les organes.

Enervation typique des deux ovaires. Ablation du 1/3 externe externe des trompes : les pavillons étant bouchés.

Malade revue en août 1926. Elle ne souffre plus du ventre et travaille normalement.

Observation VII.

(Dupont).

Madame C..., 35 ans. Présente des douleurs abdominales siégeant surtout du côté gauche. Ses règles sont très abondantes et douloureuses. A l'examen on trouve un utérus assez volumineux présentant deux masses fibreuses, mobiles, les culs-de-sac sont très sensibles et du côté droit on sent une masse dont le toucher est extrêmement douloureux.

Opération le 29 mai 1926. Ablation de deux myomes du volume d'une mandarine. Les ovaires surtout le droit sont scléro-kystiques. Enervation double. Ablation de l'appendice.

Malade revue le 10 juillet. Elle ne souffre plus. Ses règles sont revenues, normales.

Observation VIII.

(Dupont).

Madame F... 35 ans. Souffre du ventre de façon continue.

Au toucher on trouve un utérus en rétroversion. Annexes sensibles surtout à droite. La malade présente en outre des troubles gastriques assez intenses, caractérisés par douleurs après les repas et vomissements, au moment des règles surtout.

Opération le 5 juin 1926. Utérus en retroversion, double ovarite scléro-kystique. Enervation des deux ovaires. Ligamentopexie. Ablation de l'appendice.

Malade revue le 20 novembre 1926.

L'utérus est bien en place. Elle n'a plus de troubles gastriques.

Observation IX

(Dupont).

Mademoiselle R. 20 ans. Cette malade nous est adressée pour des règles extrêmement douloureuses.

Opération le 19 octobre 1926. Ablation de l'appendice qui est gros, non adhérent. Rétroversion mobile. Ovaires très gros sclèro-kystiques, sous-utérins. Enervation des deux ovaires. Ligamentopexie.

Le 23 janvier 1927, la malade est revue. Elle ne souffre plus. Ses règles ne sont plus douloureuses depuis l'opération.

Observation X

(Dupont).

Madame B..., 30 ans. Cette femme souffre du ventre au moment des règles, depuis sa formation qui remonte à 16 ans. Elle souffre continuellement dans le dos. Quelques troubles gastriques.

A l'examen, on trouve une douleur très nette dans la fosse iliaque droite au point correspondant à l'appendice. Les culs-de-sac sont extrêmement sensibles, surtout le droit, mais on ne sent pas de masse faisant penser à l'infection salpingienne.

Opération le 30 mars 1926. Appendice long, sous-cœcal absolument libre sans bride... réséqué. Utérus mobile et ayant tendance à tomber en arrière; mais pas en rétroversion franche, trompes saines — Ovaires scléro-kystiques typiques.

Enervation des deux ovaires... pas de ligamentopexie.

Malade revue en octobre 1926. Les règles ont reparu en avril. Elles ont été un peu douloureuses, puis elles ont cessé d'être douloureuses. Actuellement elles ne le sont plus du tout. Au toucher les culs-de-sacs sont absolument insensibles, l'utérus est en rétroversion mais aucunement douloureux.

Observation XI

(Dupont).

Madame V..., 34 ans. Souffre dans le ventre depuis 3 ou 4 ans, mais pas au moment des règles. Celles-ci sont abondantes sans être douloureuses. Les douleurs siègent surtout dans le côté droit du ventre.

Au toucher : utérus un peu gros, une masse para-utérine droite très douloureuse. Au point de Mac. Burney, légère sensibilité,

mais cette sensibilité est moins vive que celle qui existe au niveau du cul-de-sac.

Opération le 30 avril 1926. On trouve un appendice sous-cœcal libre qu'on enlève. Le cœcum est très gros, cœcorraphie. Ovaire droit est gros, présentant un kyste lutéinique et plusieurs autres petits kystes, il est plaqué contre l'utérus : Ovaire gauche est également scléro-kystique.

Enervation double typique.

Malade revue en octobre 1926. Ses règles sont devenues normales de très abondantes qu'elles étaient.

Elle ne souffre plus et a engraissé de 9 kg.

Observation XII

(Dupont).

Madame D..., 25 ans. Souffre du ventre depuis une fausse couche qui remonte à cinq ans.

Présente un utérus en rétroflexion, douloureux et des annexes sensibles des deux côtés.

Opération le 8 décembre 1925. Appendice long, épaissi, enlevé rétroflexion adhérente. Annexes droites collées derrière le ligament large. Annexes gauches rétro-utérines, mais non adhérentes. Ovaire droit, gros œdématié, non kystique. A droite, section du pédicule ovarien en ménageant l'artère ovarienne. Hématome du ligament dont on vient à se rendre maître, mais qui est assez gênant.

A gauche, section du pédicule infundibulo-pelvien en ménageant l'artère.

Ligamentopexie. Dilatation anale.

Cette malade a été revue dans la suite, le 21 mai 1926. Les douleurs ont disparu tout de suite après l'opération, la malade est enceinte de trois mois environ.

Au toucher les annexes ne sont pas sensibles.

Observation XIII

(Dupont).

Mme G..., 38 ans, habituellement en excellent état physique et intellectuel présente à la suite d'un accouchement normal survenu le 13 mars 1926, un état anxieux avec des phobies, obsessions, etc. (soignée par le docteur Genil-Perrin, le psychiatre bien connu) elle n'est qu'améliorée par la cure de repos et d'isolement et le docteur Perrin me l'adresse au mois d'avril 1928.

Nous constatons alors que les crises nerveuses coïncident avec les

règles et la malade se plaint d'une douleur vive pelvienne qui se manifeste à ses époques et qui, dit-elle déclenche ses accidents nerveux.

Au toucher vaginal, l'utérus paraît normal, les annexes droites ne sont pas sensibles, par contre, le cul-de-sac gauche est légèrement douloureux. L'exploration radiologique du tube digestif ne montre rien d'anormal, rien n'attire l'attention sur l'appendice. L'énervation est proposée et acceptée. Elle est pratiquée le 8 avril 1928, sous-anesthésie générale au protoxyde d'Az (Mme Amyot)

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'appendice d'aspect normal est enlevé.

L'utérus est normal, les deux ovaires sont scléro-kystiques, surtout le gauche. On pratique l'énervation double. Suture de la paroi en trois plans. Suites opératoires troublées par un léger hématome de la paroi.

Lever, le dixième jour, sortie le quinzième.

Les règles sont revenues un mois après l'opération absolument indolores et aucun des accidents antérieures ne s'est manifesté. La malade à plusieurs reprises dit se porter aussi bien qu'avant les premiers troubles de 1928, elle mène une vie absolument normale. Elle est devenue enceinte et en août dernier a accouché très normalement (1929).

Observation XIV

(Dupont).

Mlle F..., 20 ans, réglée à 11 ans. Souffre du ventre depuis 16 mois à la suite d'une blennorragie. Crises violentes avec vomissements au moment des règles, pas de température. Au toucher on ne trouve aucune masse, mais seulement des culs-de-sac douloureux.

Il y a très peu de pertes blanches, la malade ayant suivi un traitement sérieux pour sa blennorragie.

Opération le 23 novembre 1926, appendicectomie et énervation des deux ovaires qui sont œdémateux et kystiques. Suites normales. Quitte l'hôpital le 6 décembre. Revue le 20 décembre : les règles sont apparues le 17, absolument indolores. La guérison s'est maintenue depuis.

Observation XV

(Dupont).

Mme R..., 30 ans, présentant des règles douloureuses depuis leur apparition à 12 ans. Utérus en rétroversion. Opération le 12 mai 1927, appendice sous-cœcal libre enlevé et enfoui. Ovaire droit

énorme scléro-kystique. Enervation double après libération de l'ovaire droit, rétroflexion adhérente, facile à réduire. ligamentopexie sous aponévrotique.

Suites simples. Quitte la clinique le 15e jour.

Revue le 2 novembre 1927. A souffert encore des règles pendant 4 mois puis disparition complète des douleurs, utérus bien en place, pas de sensibilité des annexes.

Nous avons eu des nouvelles de cette malade à plusieurs reprises et pour la dernière fois en septembre dernier la guérison s'est maintenue.

Observation XVI

(Dupont).

Mme M..., 25 ans, vient consulter pour des douleurs abdominales constantes survenant surtout au moment des règles mais persistant dans leur intervalle et accompagnées de troubles gastriques. Irradiations douloureuses dans le dos.

Opération le 21 mars 1927. Bride de Lane que l'on sectionne. Appendicectomie; les deux ovaires scléro-kystiques sont énervés. Bien que l'utérus soit en rétroversion on ne fait pas de ligamentopexie. Nous avons eu des nouvelles de cette malade à plusieurs reprises et pour la dernière fois en septembre 1929, elle a encore souffert de ses règles pendant trois mois après l'opération, puis ses douleurs ont disparu comme ses autres troubles et va actuellement très bien.

Observation XVII

(Dupont).

Mme C..., 36 ans, souffre du ventre depuis un accouchement qui remonte à 5 ans. Douleurs surtout au moment des règles, mais dans l'intervalle, fatigue générale et douleurs dans le dos. Utérus en rétroversion et sensibilité des culs-de-sac. Opération le 21 juin 1927. Utérus gros en rétroversion, ovaires sous-utérins kystiques.

Enervation double. Ligamentopexie pré-aponévrotique. Appendicectomie.

Nous avons eu des nouvelles de cette malade en septembre 1929, elle va très bien et tous ses accidents ont disparu.

Observation XVIII

(Dupont).

Mme L..., 23 ans, souffre du ventre depuis longtemps sans pouvoir préciser le moment d'apparition de ses douleurs qui sont continuelles et exacerbées au moment des règles. Au toucher on trouve un utérus en rétroversion et une sensibilité des culs-de-sac sans masse perçue.

Opération le 1er mars 1927, appendice long libre retro-cœcal enlevé et enfoui; ovaire gauche gros et adhérent. L'énervation est rendue impossible par suite d'adhérences : ablation de cet ovaire, l'ovaire droit kystique est libre. Enervation de cet ovaire. Ligamentopexie rétro-utérine selon le procédé de Dartigues.

Suites simples, sortie le 12 mai.

Nous avons eu des nouvelles de cette malade en septembre dernier, elle va très bien, n'a plus aucune douleur des règles et ne souffre plus du ventre (1929).

Observation XIX

(Dupont),

Mme A..., 37 ans, vue le 12 décembre 1926 pour des troubles pelviens caractérisés par des douleurs très vives continues avec irradiations dans la région lombaire non exacerbées au moment des règles. Au toucher on trouve un utérus douloureux en rétroflexion avec des culs-de-sac très douloureux mais sans masse perçue.

Opération le 12 janvier 1927. Ablation de l'appendice sous-cœcal libre enfoui; rétroflexion facilement réductible, ovaire droit scléro-kystique sous utérin, ovaire gauche sclero-kystique. Ligamentopexie sous-aponévrotique, énervation double.

Suites simples, sort de la clinique le 15e jour.

Revue le 30 juin 1927, la malade ne souffre plus, elle a engraissé de 7 kg. Au toucher on trouve l'utérus bien en place et les culs-de-sac ne sont plus douloureux.

Observation XX

(Dupont).

Mme L..., 29 ans, souffre du ventre depuis très longtemps sans qu'il soit possible d'en trouver la cause.

Les règles sont surtout très douloureuses.

L'utérus est en rétroversion non douloureuse et les culs-de-sacs très sensibles sans qu'il y soit perçu de masse.

Opération le 3 janvier 1928, appendice libre sous-cœcal enfoui. Utérus en rétroflexion réductible, ovaires scléro-kystiques et œdémateux. Enervation double et ligamentopexie sous-aponévrotique. Nous avons eu des nouvelles de cette malade en septembre dernier, elle va très bien et ne se plaint plus de ses règles (1929).

Observation XXI

(Dupont).

Mme W..., 23 ans. Malade souffrant continuellement du ventre avec prédominance à gauche. Règles douloureuses.

Opération le 3 octobre 1927. Ablation des annexes gauches kystiques et adhérentes, énervation de l'ovaire droit; appendicectomie.

Malade revue en janvier 1929 en excellent état. Cette malade présentait des troubles vaso-moteurs intenses au moment des règles, ceux-ci ont disparu après l'opération.

Observation XXII

(Dupont).

Mlle M..., 33 ans, réglée à 13 ans.

Règles très longues et douloureuses accompagnées de vomissements, constipation.

Opérée le 1er novembre 1927. Appendicectomie, énervation double. Ligamentopexie.

Revue en septembre 1929, les règles encore longues ne sont plus douloureuses.

Les vomissements ont disparu. Il n'y a plus de constipation. Excellent état général.

Résultats satisfaisants.

Observation XXIII

(Dupont).

Mlle S..., 21 ans. Souffre du ventre depuis 3 ou 4 mois, au moment des règles surtout, douleurs extrêmement violentes qui l'empêchent de travailler, siégeant dans le bas-ventre avec irradiation dans les cuisses. Mal réglée, est restée un an sans règles. A maigri, souffre de l'estomac surtout au moment des règles.

Par le toucher rectal, on trouve un utérus petit et on réveille une grande sensibilité au niveau des ovaires.

Opération le 3 juin 1926. Ablation de l'appendice qui est libre et pas adhérent. Utérus petit, à type infantile, petits ovaires scléro-kystiques. Enervation double.

Malade revue en novembre 1926. Les règles ont apparu un mois après l'opération et depuis toutes les trois semaines. Elles sont encore douloureuses, mais beaucoup moins. Les douleurs dans le dos existent encore. Aucune amélioration sur les troubles gastriques.

Elle se déclare satisfaite car elle dit souffrir beaucoup moins qu'auparavant.

Observation XXIV

(Dupont).

Mme S..., 32 ans. Souffre du ventre depuis son dernier enfant, âgé de un an.

Au toucher, utérus en rétroflexion assez douloureux, mais surtout une masse para et sous-utérine droite très douloureuses. Douleur dans le dos, irradiation dans les cuisses.

Opération le 27 février 1926. Utérus en rétroversion mobile. L'ovaire droit volumineux, kystique est énervé. Appendictomie.

La malade est revue le 8 mai. Ses règles sont revenues un mois après l'opération sans aucune douleur. Elle ne souffre plus du ventre, mais elle est fatiguée, elle ressent des douleurs dans le dos. Au toucher utérus bien en place, cul-de-sac droit indolore, légère sensibilité du cul-de-sac gauche.

Observation XXV

(Dupont).

Mme L..., 39 ans. Souffre du ventre depuis trois ou quatre ans. Jamais de grossesse. Douleur vive surtout au moment des règles, avec douleur gastrique concomitante.

Au toucher, rétroflexion mobile, ovaire droit extrêmement sensible. A gauche, ovaire sensible mais moins qu'à droite. Femme constipée, fissure anale.

Opération le 25 septembre 1926. Rétroflexion, les deux ovaires sont sous-utérins et scléro-kystiques. Enervation double. Ligamento-pexie. Dilatation anale.

Revue le 19 novembre 1926. Elle souffre encore mais beaucoup moins. La sensibilité des culs-de-sac a disparu. Amélioration progressive des troubles gastriques.

Observation XXVI

(Dupont).

Mme D..., 15 ans. Douleurs abdominales depuis un accouchement qui remonte à 2 ans. Souffre tout le temps du ventre avec exacerbation au moment des règles.

Opération le 1er septembre 1928. Appendiccetomie. Ovaires scléro-kystiques : énervation double.

Malade revue en mars 1929, les douleurs de règles sont disparues mais il persiste encore quelques douleurs dans l'intervalle des règles.

Observation XXVII

(Dupont).

Madame L..., 25 ans. Souffre du ventre depuis un accouchement qui remonte à 3 ans. Douleurs surtout au moment des règles avec irradiations douloureuses dans les aines.

Opération le 25 septembre 1927. Appendicectomie, ovaires scléro-kystiques. Enervation double.

Revue le 1er décembre 1929, toutes les douleurs dans l'intervalle des règles ont disparu. Les règles sont encore légèrement douloureuses. La malade est très satisfaite.

Observation XXVIII.

(Dupont).

Madame M..., 25 ans. Réglée à 14 ans. Règles toujours douloureuses, ne souffre pas dans leur intervalle, mais à ce moment les douleurs sont accompagnées de troubles gastro-intestinaux. Enervation double le 27 avril 1928. Les ovaires sont scléro-kystiques, l'utérus est normal.

La malade revue 2 mois après l'opération présente des accidents beaucoup moins accusés, toutefois elle souffre encore un peu au moment des règles.

Nous avons eu des nouvelles de cette malade en septembre dernier, elle n'a plus aucun trouble. Elle était constipée avant l'opération, elle ne l'est plus (1929).

Observation XXIX.

(Dupont).

Madame N..., 30 ans. Ventre constamment douloureux. Les règles sont très abondantes et particulièrement pénibles.

Opération le 29 mai 1927. Myomectomie pour divers petits fibromes du fond. Appendicectomie. Enervation des deux ovaires. La malade écrit en février 1929. « Plus je vais moins je ressens de douleur au moment de mes règles, depuis l'année dernière il y a une grosse amélioration. »

Mauvais résultat.

Observation XXX.

(Dupont).

Madame D..., 31 ans. Cette femme est une grande nerveuse qui souffre du ventre depuis son dernier enfant âgé de 3 ans.

Douleur dans le dos, dans les cuisses, douleurs continuelles, exacerbées de temps en temps. Troubles gastriques, vertiges.

Au toucher, l'utérus est en rétroflexion et on trouve sur sa partie latérale droite un point douloureux très sensible.

Opération le 10 février 1926. Appendice gros, rétro-cœcal enlevé. L'ovaire droit est énorme, plein de kystes, sous-utérin. Il est énervé. L'utérus en rétroversion réductible. On termine par une ligamento-pexie préaponévrotique.

Cette malade n'a été que très peu améliorée par l'opération.

On la revoit en juin 1926. Elle souffre encore du ventre, ses douleurs gastriques ont disparu.

Au toucher on trouve un utérus bien en place, les annexes extrêmement sensibles toujours, pas de sensibilité à droite. Un neurologiste consulté conseille une intervention radicale. Le 6 septembre 1926 on pratique l'hystérectomie et on trouve à gauche un ovaire scléro-kystique, ayant la forme d'une petite pomme adhérant à la face postérieure du ligament large et entouré de fausses membranes. A droite, l'ovaire a ses dimensions normales, ne présente pas de kystes.

Cette femme n'a pas été guérie par l'hystérectomie et continue à souffrir.

Malades non revues.

Observation XXXI.

(Dupont).

Madame L... Souffre du ventre continuellement. Pertes blanches continuelles. Règles très douloureuses. Au toucher : utérus en retroversion, empâtement au-dessous de l'utérus qui paraît correspondre aux annexes.

Opération le 11 mars 1926. Les ovaires sont sous-utérins.
Enervation des deux ovaires qui sont scléro-kystiques. Rétroversion facilement réductible.
Ligamentopexie. Appendicectomie.
La malade n'a pas été revue.

Observation XXXII. —
(Dupont).

Madame L.., 30 ans, énervation double des deux ovaires le 19 septembre 1927, pour règles douloureuses.
Ovaires scléro-kystiques.
Malade non revue.

Résultats.

Sur 32 mlades, 30 ont été revues. 22 sont complètement guéries, 7 sont améliorées, mais, présentent toujours quelques troubles. Douleurs intermenstruelles, XXVI, douleurs dans le dos, XXIV. Les règles douloureuses persistent dans 5 cas (Obs. XXIII, XXV, XXVII, XXVIII, XXIX).

En résumé : presque toutes les malades, qui ont des douleurs prémenstruelles se trouvent soulagées; mais les règles douloureuses résistent souvent au traitement de Dupont.

PROCEDE DE CASTANO ET INTROZZI

Technique

Laparotomie basse de Pfannenstiel.

« Exploration minutieuse des organes génitaux internes. Confirmation du diagnostic et élimination de toute affection intercurente capable d'expliquer les algies (ce point est extrêmement important, dépister l'endométriome et le chercher minutieusement dans l'ovaire, l'utérus, les trompes, le péritoine pelvien).

» Mettant en tension le ligament iléo-ovarique nous pratiquons avec le bistouri, une boutonnière de 3 à 4 centimètres de longueur au niveau de son bord libre. Avec un instrument mousse (sonde cannelée) nous libérons la séreuse dans toute l'étendue avec le contenu du ligament, chose facile à obtenir si l'on a soin d'aller assez profondément. Nous chargeons ensuite avec la même sonde ou avec une aiguille mousse tous les éléments, contenus dans le ligament, nous les débarrassons du tissu cellulo-graisseux situé au pourtour et nous réséquons de 1 cm. 1/2 à 2 cm. de ligament. Les bouts sont ensuite liés. Avec le même instrument mousse, nous dilacérons le magma cellulo-graisseux, ce qui s'obtient facilement. Ceci fait, nous affrontons de nouveau en liant les catguts des deux bouts l'un à l'autre (reconstituant ainsi le soutien du ligament) et nous fermons la brèche péritonéale. De même pour l'autre ligament iléo-ovarique. Appendicectomie prophylactique. Suture en trois plans de la paroi ».

L'attention des auteurs est attirée par la similitude qui existe entre les symptômes du varicocèle pelvien et l'ovarite sclérokystique.

» La disparition rapide des symptômes serait due à l'action sur les filets sympathiques au niveau du paquet utéro-variqueux au moment où l'on pratique la dénudation et la résection, et à l'action décongestionnante obtenue en empêchant le reflux veineux. »

Malheureusement la méthode est récente, les résultats ne sont pas assez nombreux ni assez éloignés pour qu'on puisse la juger. Les auteurs ne font que citer les résultats de six interventions mais qui sont tous les six excellents.

TRAITEMENT DE L'OVARITE SCLERO-KYSTIQUE PAR LA SYMPATHECTOMIE CHIMIQUE

Technique opératoire

1re *méthode.* — Badigeonnage à la surface du péritoine : méthode de Doppler.

2e *méthode.* — Badigeonnage des plexus nerveux eux-mêmes après incision du péritoine qui les recouvre.

Voici comment procède A. Binet :

« Après laparotomie, j'incise verticalement le péritoine postérieur sur une hauteur de 5 à 6 centimètres. Je repère les lèvres de la plaie péritonéale, et les attirant en avant et en dehors, je crée une cavité sous-péritonéale en entonnoir. J'y dépose momentanément quelques petits tampons de gaze largement imbibés de solution de tricrésol à 6 %. Je laisse agir pendant plusieurs minutes la solution phénolée et j'observe une teinte grisâtre du tissu cellulaire sous-péritonéal.

» Souvent à ce moment, je complète la destruction des filets sympathiques en exerçant avec un tampon de gaze sèche, montée sur une pince, une friction légère des plans profonds. Je réalise ainsi parfois une véritable dissection de toute la région.

» Les vaisseaux iliaques et hypogastriques apparaissent dépouillés de leur adventice. Sous l'action du tricrésol, le tissu cellulaire renfermant les fibres nerveuses subit un véritable effilochement. Puis l'incision du péritoine postérieur est refermée par quelques points de suture. »

3e *méthode.* — Injection sous-péritonéale de la solution phénolée.

A. Binet : « Après laparotomie, je répère le promontoire, et

à son niveau, sous le péritoine pariétal postérieur, j'injecte au moyen d'une seringue de Pravas et d'une aiguille assez longue la solution phénolée. Je me suis bien assuré, avant cette injection, que l'aiguille n'a blessé aucun vaisseau et ne donne passage à aucun écoulement sanglant.

» Je réalise ainsi une résection chimique du plexus hypogastrique supérieur. Je complète l'intervention par une injection semblable au niveau des deux ailerons de l'ovaire, et au besoin au niveau des ligaments larges. J'obtiens une boule d'œdème comme après injection d'un liquide quelconque.

» Cette méthode est très active, parce qu'elle assure le contact prolongé de la solution phénolée avec les filets nerveux.

» Elle ne présente qu'un risque : c'est l'injection de la solution phénolée dans une veine... J'estime qu'il faut s'entourer de toute précaution et faire avec la seringue un mouvement d'aspiration pour s'assurer de l'absence d'hémorragie avant de pousser le liquide... »

Observation I.

(A. Binet).

Louise T..., 31 ans. Ovarite scléro-kystique gauche, congestion ovarienne droite, rétroversion utérine.

Intervention le 19 janvier 1932. Opérateur M. Binet, aide M. Genet : anesthésie au mélange de Schleich. Après laparotomie, on aborde le promontoire. Incision du péritoine pariétal postérieur et recherche du nerf présacré ici très apparent. Résection chirurgicale du nerf puis on complète par un badigeonnage des ligaments larges à la solution de tricrésol à 6 p. 100. Fermeture du péritoine pariétal postérieur au catgut et de la paroi abdominale en quatre plans.

Suites opératoires normales ; cependant il ne se produit pas d'écoulement sanglant post-opératoire.

Observation II

(A. Binet).

Madame Sarah S..., 36 ans. Rétroversion utérine ; prolapsus génital ; ovarite scléreuse.

Opération le 29 décembre 1931. Opérateur M. Binet, aide M. Genet ; anesthésie au mélange de Schleich. Colpopérinéoraphie pos-

térieure . Puis laparotomie : incision du péritoine pariétal postérieur au-dessous du promontoire. Injection sous-péritonéale au niveau du plexus hypogastrique supérieur d'une solution de tricrésol à 6 p. 100. Ligamentopexie à la Doléris. Fermeture de l'abdomen en quatre plans.

Cinq jours après l'opération, écoulement par le vagin de quelques gouttes de sang.

Suites opératoires sans incident. Les douleurs disparaissent définitivement.

Observation III.

(La Gravinesse).

Jeune fille de 26 ans, apportée d'urgence à l'hôpital pour une violente hématémèse.

On opère, convaincu qu'il s'agissait d'un ulcère. Tout est normal. On ferme le ventre. Nouvel accident quelques mois après. Diagnostic : stase intestinale chronique, colite et péricolite du côlon splénique.

Opération. — Exclusion totale du côlon... On remarque qu'il y a une ovarite scléro-kystique des deux côtés. Ponction des kystes à gauche. Cinq mois après, nouvelle hématémèse, on extirpe le côlon. Après trois mois, nouvel accident.

Intervention. — Enervation de l'ovaire, isophénolisation à la Doppler et résection du nerf présacré. Guérison définitive depuis deux ans.

Observation IV

(La Gravinesse).

Malade opérée pour hématémèse et méléna à l'âge de 14 ans. Tout était normal. On ferme le ventre. Après quatre ans, ramenée pour appendicite chronique.

Opération. — Appendicectomie. On remarque double ovarite scléro-kystique et une hypoplasie de l'utérus. Ponction de plusieurs kystes.

Elle est ramenée à l'hôpital une année après pour rétention d'urine et crises douloureuses du bas-ventre. — Voies urinaires normales.

Opération. — Résection du nerf présacré. Isophénolisation à la Doppler.

Guérison complète depuis 3 ans.

Observation V.

(La Gravinesse).

On amène dans le service une jeune femme mariée, retentionniste depuis 15 jours. Examen négatif. Pas d'enfant. Hypo-ovarisme manifeste. Depuis plusieurs années, elle faisait de la stase intestinale chronique. Son estomac la gênait. L'intervention (isophénalisation à la Doppler, résection du présacré) lui apporte la guérison. Après une année, elle raconte qu'elle n'a plus de constipation, plus de colique spastique, plus d'estomac fatigué.

Observation VI.

(La Gravinesse).

On amène dans le service une jeune fille qui quelques années auparavant avait été opérée de gastro-entérostomie.

La souffrance n'est pas apaisée par l'intervention. On lui trouve une néphroptose, une appendicite chronique.

On l'opère. Pas d'amélioration. Arrive une rétention d'urine. On coupe le sympathique et on fait un Doppler. Tout est fini.

Un mois après l'opération, la malade a repris 16 livres.

Résultats.

Pour juger cette méthode, ces résultats sont évidemment trop peu nombreux. Cependant la sympathectomie chimique n'est pas une méthode à dédaigner. Elle a donné de bons résultats à A. Binet qui publie 14 observations dans la thèse de son élève Mademoiselle Bayer et 6 observations dans *Gynécologie et Obstétrique*, mai 1933. Parmi ces observations, il n'y en a que deux qui concernent l'ovarite scléro-kystique : nous les avons reproduites.

Cotte n'a pas obtenu des résultats constants avec la phénolisation à la Doppler. Ses insuccès, A. Binet les attribue à l'insuffisance de la méthode de Doppler. La Gravinesse n'a obtenu sur 121 interventions que 2 insuccès.

INDICATIONS OPERATOIRES

On réserve le traitement chirurgical au cas où les malades sont peu soulagées par les autres médications, chez qui les crises se renouvellent tous les mois, interrompant périodiquement le travail, créant « un état de maladie ». C'est dire que le traitement chirurgical est dirigé avant tout contre les douleurs. Mais chez toutes les malades qui souffrent peut-on faire ce traitement?

Voici ce que disait Cotte dans son rapport au Congrès de Luxeuil : « De toute évidence, les différentes interventions sur le système nerveux de l'appareil génital de la femme... ne sauraient être appliquées sans jugement sur toutes les malades qui souffrent d'algies lombaires, pelviennes ou périnéales.

» En principe elles doivent être réservées aux malades chez qui la thérapeutique habituelle est restée sans effet, à condition toutefois qu'il ne s'agisse pas de ces psychopathes chez lesquelles les phénomènes douloureux sont la traduction d'une tare psychique, organique ou fonctionnelle, beaucoup plus que d'altérations anatomiques ou fonctionnelles au niveau des différents éléments qui assurent l'innervation de l'appareil génital. Sous doute cette distinction n'est pas toujours facile à faire d'autant qu'on s'adresse parfois à des malades dont les plaintes devant le médecin n'ont d'autre but que d'obtenir l'ordonnance de morphine à laquelle elles se sont habituées et dont elles ne peuvent plus se passer. »

Ces paroles nous enseignent que « les interventions dirigées contre la douleur ne doivent être utilisées qu'à bon escient ». Les résultats mauvais ou nuls viennent souvent d'erreurs d'indications opératoires.

Contre les douleurs sourdes avec exacerbation, irradiation dans le dos et dans les cuisses, douleurs prémenstruelles, que l'on met sur le compte de l'ovaire seul, il semble que l'opération de Dupont soit tout à fait indiquée. Avant la laparotomie il est difficile de dire qu'on s'en contentera parce que celle-ci peut révéler d'autres lésions.

Dans les résultats que nous avons donnés, les douleurs prémenstruelles disparaissaient constamment. Cependant une seule fois elles ont persisté, tandis que les douleurs menstruelles persistaient cinq fois sur trente opérées revues.

Au lieu de faire l'énervation chirurgicale, on peut faire la sympathectomie chimique en injectant du phénol dans les ailerons de l'ovaire. Après la phénolisation, beaucoup d'auteurs prétendent que les douleurs récidivent plus vite, mais il est encore prématuré de conclure !

Ce qu'on peut affirmer dès maintenant, c'est que les opérations de Dupont, de Castano et Introzzi ne s'opposent pas à l'opération de Cotte. Celle-ci a des indications tout à fait différentes. D'ailleurs les nerfs de l'ovaire, venant du plexus rénal sont indépendants du plexus hypogastrique. La résection de ce dernier n'est logique que quand il est à l'origine des douleurs.

Dans l'ovarite scléro-kystique, les douleurs menstruelles dysménorrhée, névralgies pelviennes s'accompagnant de dysurie, vomissements, diarrhée... l'opération de Cotte est indiquée. Dans ses échecs ou résultats incomplets, les douleurs qui persistaient n'étaient pas les dysménorrhées, mais c'étaient les douleurs prémenstruelles ou intermenstruelles. Cotte reconnaît qu'il est illogique d'essayer de les faire disparaître par la résection du nerf présacré

Quand, aux dysménorrhées s'ajoutent des douleurs prémenstruelles, il est indispensable de joindre à l'opération de Cotte, une opération complémentaire sur l'ovaire : opération, qui sera en général conservatrice, sauf si la lésion est trop avancée, et si les trompes sont bouchées (dans ce cas on propose la castration unilatérale). On fait soit : l'énervation de

l'ovaire, soit la résection partielle qui est pour beaucoup de chirurgiens l'opération de choix (Michon, X. Colaneri, Douay) Les règles réapparaissent au bout de quelques mois et la grossesse possible, parce que l'ovaire est capable de se régénérer. Lagravinèse et A. Binet joignent à la résection chirurgicale du nerf présacré la phénolisation des nerfs de l'ovaire et ont de bons résultats.

CONCLUSIONS

I. L'ovarite sclérokystique est une affection très fréquente caractérisée essentiellement par des douleurs et des ménorragies.

II. Le traitement médical peut soulager quelque temps ces malades, mais non les guérir. Devant les douleurs qui se répètent tous les mois, il faut un traitement plus actif : le traitement chirurgical.

III. Celui-ci doit être conservateur. Les anciennes opérations : ignipuncture, résection particlle de l'ovaire, donnent des récidives dans la moitié des cas.

Actuellement, les interventions sur le sympathique semblent plus efficaces mais les bons résultats ne sont pas constants. Ceux-ci dépendent avant tout de l'indication opératoire. Existe-t-il des douleurs prémenstruelles, l'opération de Dupont donne les meilleurs résultats. Existe-t-il des dysménorrhées, l'opération de Cotte associée à l'énervation ou à la résection partielle de l'ovaire donne de bons résultats.

On ne peut encore juger l'opération de Castano, et la phénolisation ; les interventions pratiquées ne sont pas encore assez nombreuses.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
J. GUYOT

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 21 juillet 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Albertin**. — « Le cri du Douglas chez la femme », *Lyon chirurgical*, t. XIX, n° 4, juillet-août 1922, p. 479.
2. **Aubert** (L.). — « La sympathectomie pelvienne chez la femme *Revue méd. de la Suisse romande*, XLIX, 2, 1929.
3. — « A propos de 60 cas de résection du nerf présacré », *II^e Congrès français de Gynécologie* (Luxeuil, juin 1933), et *Revue française de Gynécologie*, août 1933.
4. **Bard**. — « Les bases physiologiques de la chirurgie du sympathique », *Lyon chirurgical*, t. XXIV, n° 30, mai-juin 1927, p. 241.
5. **Barraud**. — *Métrorragies dans l'ovarite scléro-kystique*, thèse de Bordeaux, 1903.
6. **Bayer**. — *La sympathectomie chimique en gynécologie*, thèse de Nancy, 1932.
7. **Bernard** et **Théodoresco**. — « La chirurgie des douleurs pelviennes et les opérations sur le sympathique pelvien », *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. XCIII, 25 décembre 1927, p. 889.
8. — « La résection du nerf présacré », *Journal de Chirurgie*, t. XXXI, n° 3, mars 1928, p. 340.
9. **Binet**. — « Phénolisation des nerfs sympathiques génitaux », *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, avril 1932.
10. — « A propos de 33 observations de résection du plexus hypogastrique supérieur », *Bulletin de la Société d'Obstétirque et de Gynécologie*, 18 juin 1930.
11. **Bittmann**. — « Sur les douleurs lombaires et leur traitement par la sympathectomie péri-aortique », *Lyon médical*, 1925.
12. **Bouilly**. — « Ovarite scléro-kystique », *La Gynécologie*, 15 juin 1900, p. 123.
13. **Brothers**. — « Résultats éloignés de la chirurgie conservatrice des ovaires et des trompes », *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1908, n° 8, p. 595.
14. **Burrage**. — « Opérations conservatrices sur les ovaires et les trompes », *Méd. News*, 9 avril 1901, p. 565.
15. **Camille** (G). — *Des interventions sur le sympathique pelvien, en particulier sur le nerf pré-sacré*, thèse de Bordeaux, 1929.
16. **Castano** et **Introzzi**. — « Nouveau procédé chirurgical pour le

traitement de l'ovarite scléro-kystique », *Gynécologie et Obstétrique*, XXII, 4, 1930.

17. **Condamin** (R.). — « Introduction à l'étude de la Douglassite. Douglas et para-Douglas chez la femme », n° 9, 12, 27, 43, *Lyon médical* des 27 février, 10 mars, 3 juillet, 23 octobre et 6 novembre 1927.
18. — « Etude sur le Douglas et le sympathique pelvien », *La Gynécologie*, année XXVII, n° 4, avril 1928, p. 193.
19. — « Essai de systématisation des lésions et des syndromes de la Douglassite », *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, année XXIII, n° 7, juillet 1928.
20. — « Pathogénie de l'ovaire scléro-kystique », *Lyon médical*, t. CLIV, n° 49, 1929, p. 681.
21. — *La fibro conjonctivite du bassin chez la femme*, 1 vol., Vigot, édit., 1931.
22. **Conzette.** — *Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes*, thèse de Paris. 1890.
23. **Cotte** (G.). — « La sympathectomie hypogastrique a-t-elle sa place dans la thérapeutique gynécologique? » *La Presse médicale*, 24 janvier 1925.
24. — « Sur le traitement de l'ovaire scléro-kystique », *Lyon chirurgical*, t. XXII, n° 2, mars-avril 1923, p. 173.
25. — « Traitement des dysménorrhées rebelles par la sympathectomie hypogastrique péri-artérielle et la section du nerf présacré », *Lyon médical*, 1925.
26. — *Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme*, Masson édit., 1927.
27. — « Sur la pathogénie et le traitement de la dysménorrhée membraneuse », *La Presse médicale*, 27 novembre 1929.
28. — « A propos de la section des ligaments utéro-sacrés », *Lyon médical*, 23 février 1930.
29. — « Les ovulations douloureuses », *Revue franç. de Gynécol. et Obst.*, mars 1931, p. 129.
30. — *Chirurgie du sympathique pelvien en gynécologie*, Masson, édit., Paris, 1932.
31. **Cueille** (G.). — *Des interventions sur le sympathique pelvien, en particulier sur le nerf présacré dans les douleurs pelviennes en gynécologie*, thèse de Bordeaux, 1929.
32. **Dalché.** — *De l'ovarite scléro-kystique*, thèse de Paris, 1885-86.
33. **Dausset** (H.). — « Action sédative des grandes irrigations vaginales dans le traitement des métro-salpingites », *II*e *Congrès français de Gynec.* (Luxeuil. juin 1933). et *Revue française de Gynécologie*, août 1933.
34. **Delaunay**. — *Des opérations conservatrices de l'ovaire* (*Ignipuncture*, *résection partielle*), thèse de Paris, 1892-93.
35. **Doléris**. — « Ovarite chronique », *Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gynécol.*, Paris, 1888.

36. — « Traitement par l'ignipuncture», *Soc. d'Obst. et de Gynécol. et de Pédiatrie*, 6 avril 1908.
37. **Dupont**. — *Contribution à l'étude de l'ovarite scléro-kystique*, thèse de Paris, 1908.
38. — « Contribution à l'étude de l'ovarite scléro-kystique », *Le Bull. méd.*, n° 8, 22 févr. 1928.
39. **Ekkert-Petersen** (Danemark). — « Neuf cas de résection du nerf présacré », *Le Progrès médical*, 1930, n° 17.
40. **Van Erps**. — « Essai de traitement de la douleur par les injections neurolytiques », *Journal belge de chirurgie*, 1930.
41. **Ferey**. — *De la résection du nerf présacré dans les affections douloureuses du petit bassin*, thèse de Paris, 1927.
42. **Fraikin**. — *L'ovarite scléro-kystique*, thèse de Bordeaux, 1899.
43. **Forgue** et **Massabuau**. — « L'ovarite à petits kystes », *Revue de Gynécol. et de Chirur. abdominale*, 1910.
44. **Gestner**. — *De la résection du nerf présacré dans les états douloureux pelviens de la femme*, thèse de Nancy, 1929.
45. **Gersuny**. — « Extirpation partielle des ovaires », *Centralblatt. für Gynec.*, 1899, n° 5, p. 138.
46. **Ghazarossian**. — *Pathogénie de l'ovaire scléro-kystique*, thèse de Paris, 1902-1903.
47. **Grouzelle**. — « De la résection du nerf présacré dans l'ovarite scléro-kystique », *Bulletin d'Obst. et de Gynéc.*, n° 8, octobre 1928.
48. **Guinier** (J.). — *Pathogénie de l'ovarite scléro-kystique et des kystes germinatifs de l'ovaire*, thèse de Paris, 1922.
49. **Guyot** (J.). — « Résultats d'intervention sur le sympathique pelvien en gynécologie », *Congrès de chirurgie*, 1929.
50. **Guyot** (J.) et **Villar** (J.). — « Sur deux cas d'opération de Cotte » Société d'Obstétrique et de Gynécol. de Bordeaux. Séance du 28 novembre 1928, in *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynécol.*, année XXVIII, n° 3, mars 1929, p. 208.
51. **Haguenau** (J.). — « Sur le traitement de certaines algies par la méthode de Lemaire », *in. Les Traitements de la douleur*, un volume de la collection « L'Evolution thérapeutique », *L'Expansion scientifique française*, Paris, 1933.
52. **Hallopeau**. — « Névralgie génitale à forme grave. Guérison par la résection du plexus hypogastrique », *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 8 nov. 1922, p. 1143.
53. **Hamant**. — « La résection du sympathique pelvien dans le traitement de l'ovarite scléro-kystique », Réunion Obst. et Gyn. de Nancy, Séance du 20 janvier 1926, in *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynécol.*, année XV, n° 3, mars 1926, p. 189.
54. **Hartmann**. — « Traitement opératoire des annexites », *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1900, 2e sem., p. 293.
55. **Heyer**. — « Zur Therapie der Dysmenorrhoea », *Zentr.f. Gyn.*, 1930, n° 32.

56. **Jaboulay**. — « Le traitement de la névralgie pelvienne par la paralysie du sympathique sacré », *Lyon médical*, année XC, t. I, janvier 1899, p. 102.

57. **Jayle**. — Le « reflexe de l'esplanade » ou reflexe pelvien », *La Presse méd.*, année XXXI, 2e semestre, n° 65, 22 août 1923, p. 125.

58. **Jeanneney**. — « Le traitement chirurgical de l'insuffisance ovarienne », *Revue française de Gyn. et d'Obst.*, mai 1934.

59. **Kaboth** (G.). — « Exercices physiques en gynécologie », *Zentralblatt. für Gynäk.*, 11 déc. 1926, p. 784-799.

60. **Kraul**. — « Diagnostic et traitement de cas gynécologiques présentant des douleurs probablement subjectives et dont les symptômes sont nuls ou peu nets », *Wiener Klin. Woch.*, n° 12, 18 mars 1932.

61. **Kreis** (J.). — « Les algies cataméniales », *Journ. méd. français*, décembre 1928.

62. **Lacorne**. — *Contribution à l'étude du traitement de l'aménorrhée*, thèse de Bordeaux 1931.

63. **Lagravinesse**. — « Spasmes du tube digestif dans l'ovarite scléro-kystique », *Gynécol. et Obst.*, 1930.

64. **Latzko**. — « Abolition de la douleur en gynécologie », *Wiener. Klin Woch*, n° 44, 30 octobre 1931.

65 **Le Fur**. — « De la phénolisation du cordon spermatique chez les neurasthéniques et impuissants génitaux. Revitalisation par la sympathectomie chimique des glandes sexuelles », *Bull. et Mém. de l'Association franç. d'Urologie*, 1930.

66. **Lemoine**. — *Chirurgie du sympathique*, Bruxelles, 1923, Imprimerie médicale et scientifique.

67. **Leriche**. — « Résultats de la sympathectomie faite sur les artères hypogastriques et ovariennes en gynécologie », *La Presse médicale*, année XXXIII, 1er semestre, n° 29, 11 avril 1925, p. 465.

68. **Leriche et Stricker**. — « Résultats de quelques expériences sur le nerf présacré », *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, t. LIII, n° 19, Séance du 1er juin 1927, p. 819.

69. **Lescalle**. — *De la sympathectomie de l'hypogastrique comme traitement des syndromes douloureux pelviens*, thèse de Bordeaux, 1927.

70. **L'Hermitte** et **Dupont**. — « Notes sur l'histologie des nerfs de l'ovaire en particulier dans l'ovarite scléro-kystique. Applications chirurgicales », Académie de Médecine, 4 mai 1926, C. R. in *La Presse médicale*, année XXXIV, 1er semestre, n° 37, 8 mai 1926, p. 583.

71. **Loubat** et **Magnant**. — « Asthme utéro-ovarien », *Revue de chir.*, 1931, p. 545.

72 **Luque** (J.-B.). — *Le plexus hypogastrique supérieur. Indication*

et valeur de la résection dans les névralgies pelviennes, thèse de Paris, 1928.

73. **Martin**. — « Statistique de résections partielles », *Centralblatt. für Gyn.*, 1891, p. 516, C. R. d'une communication faite au IVe Congrès de Gynecol., à Bonn, le 23 mai 1891.
74. **Masson**. — *Sympathectomie et Revitalisation glandulaire par action chimique ou isophénolisation*, thèse de Paris, 1932.
75. **Michon** (L.) et **Haour** (J.). — « Résultats éloignés des interventions sur le nerf présacré », *Gyn. et Obst.*, XXII, 5, 1930.
76. **Mayer** et **Dejardin**. — « Considérations cliniques et critiques sur la chirurgie du sympathique pelvien utéro annexiel », *Bruxelles Médical*, 1er et 8 déc. 1929.
77. **Molin** et **Condamin** (F.). — « De la section des ligaments utéro-sacrés en chirurgie gynécologique », *Lyon Médical*, CXLIII, nº 26, 1930.
78. **Monprofit**. — *Salpingites et ovarites*, thèse de Paris, 1888.
79. **Mornard**. — « Résultats de trois résections du nerf présacré », *Journ. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, t. XX, nº 17, 21 décembre 1928, p. 876.
80. **Nery Machado**. — « Dysménorrhée », *Revista de gynec. et d'obst.*, nov. 1928, p. 545.
81. **Novak** et **Harniek**. — « Traitement de la dysménorrhée », *Medizinische Klin.*, t. XXV, 15 fév. 1929.
82. **Osvaldo Prestini**. — « Traitement des dysménorrhées », *La Semana medica* (Buenos-Ayres), août 1926.
83. **Pallot** (G.). — *Etude histo-physiologique des ovaires micro-kystiques*, thèse de Lyon 1932.
84. **Patel** et **Viannay**. — « Les interventions dirigées sur le sympathique pelvien. *Gazette des Hôpitaux* année LXXVII, nº 36, 26 mars 1904, p. 345.
85. **Pauchet**. — « Revitalisation par sympathectomie chimique des organes sexuels », *Journal de Méd. de Paris*, nº 38, 19 sept. 1929, p. 801.
86. — « La revitalisation par phénolisation des organes génitaux », *Clinique*, Paris 24, 321, octobre 1929.
87. **Petit-Dutaillis**. — *Troubles fonctionnels et dystrophies à l'état chronique en gynécologie*, Paris, 1928, Doin, éditeur.
88. **Petit** (**Paul**). — « Ovarites et kystes de l'ovaire. Etude clinique et anatomo-pathologique », *Nouv. Arch. d'Obst. et de gynéc.*, 1888, p. 296.
89. **Pichevin**. — « De la pathogénie et de la nature de l'ovarite scléro-kystique », *Sem. Gyn.*, 1903, p. 289.
— Cautérisation de l'ovaire scléro-kystique », *Sem. Gynéc.*, 1901, p. 25.
90. **Pierra** (**L. M.**) — « La congestion utérine et son traitement hydro-minéral ». Etudes d'hydrologie clinique, vol., 11, 1921.
91. — *L'opothérapie mammaire dans le traitement des congestions inter-*

menstruelles. Congrès de l'Ass. des Gyn. de langue française (Bruxelles, octobre 1929).

92. — « Traitement de la douleur en gynécologie », in *Les traitements de la douleur*, un vol. de la collection : L'Evolution thérapeuthique. L'expansion scientifique française. Paris 1933.
93. **Pilliet**. — « Etude anatomo-pathologique de l'ovaire sclérokystique », *Gaz. de méd. et de chir.*, 1890 n° 48, p. 564.
94. **Pozzi**.— « Résection et ignipuncture de l'ovaire », *Méd. moderne*, 1891, p. 735.
95 « Des opérations conservatrices de l'ovaire. Résection ignipuncture », *Ann. de gyn, et d'Obst.*, 1893, t. 1, p. 166.
96 — « De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire *Revue de gynécol. et de chir. abdominale*, 1897, n° », 1, p. 3.
97. Dangers de l'ignipuncture. « *soc. d'obst, de gynécol et de pediatrie* », 6 avril 1903.
98. **Quack**. — « Ein Beitrag zur Behandlung der Dysmenorrhoea ». *Mediz. Klinik* XII, févr. 1903.
99. **Raguin**. — *Contribution au traitement conservateur dans le cas d'ovarite scléro-kystique*, thèse de Paris 1893-94.
100. **Revoltella**. — « Distuzione chimica del simpatico ovarico ». *La clinica obs.*, XXXII, 1930.
101. **Ric e** (V,) et **Tayot** (G.). — « A propos de la résection du nerf présacré en gynécologie », *Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, 1930, n° 8.
102. **Richelot**. — « De l'intervention chirurgicale dans les grandes névralgies pelviennes », *Bult. de la Soc. de chir.*, 1892.
103. **Rouffart** (**J.**), **Mayer** et **Dejardin**. — « Chirurgie du sympathique en gynécologie », *Soc. belge de gyn. et d'obst.*, déc. 1929 et janvier 1930.
104. **Rousseau**. — « Technique de la résection du nerf précacré », *Paris chirurgical*, année XIX, n° 4 mai-juin 1927.
105. **Routier**. — « Communication à propos de l'ignipuncture et des résections partielles de l'ovaire », *Soc. dechir.*, 7 octobre 1891.
106. **Roux**. — « Les névromes sympathiques dans l'ovarite scléro-kystique », *Bull. de l'Acad. de Méd*, n° 11, 16 mars 1926, p. 295.
107. **Rullé**. — « Douleurs lombaires et leur traitement », *Gyn. et Obst*,, nov. 1928.
108. **Schultz**. — « Anatomie pathologique et pathogénie folliculaires des ovaires », *Arch. für Gyn.*, Berlin, 1901.
109. **Segovia**. - « La chirurgie du sympathique », *Los-Progressos de la Clinica* (Madrid), t. XXVIII, n° 2, août 1924.
110. **Sibirtsoff**. - - *Kinésithérapie de certaines dysménorrhées*, thèse de Lyon, 1905.
111. **Simont** et **Benoit**. — « Recherches expérimentales sur les effets

de l'irritation chimique des glandes génitales », *Soc. Nat. de chir.*, t, LVIII, n° 13, 30 avril 1932.

112 **Soler** (Y.). — « La reseccion del nervio presacro de ginecologia », *Anales del Hosp. de la Sta Cruz*, 11. 8. 1928.

113 **Siprito**. — « Lo stato attuale della chirurgia del simpatico in ginecologia », *Arch. de Obs. e Gin.*, XVI.3.1929.

114. **Stratz**. — « Douleurs dans l'intervalle des règles et dysménorrhée ovarienne », *Zentr. für Gynak.*, n° 18, 3 mai, 1924 p. 962.

115. **Tirelli**. — « Tre casi di resezione de nervo presanale », *Il Policlinico*, XXXV, 12. 1928.

116. **Turpault** (M.). — « Le traitement de la douleur dans les maladies des femmes par l'hydrothérapie », IIe Congrès franç. de Gynécol. (Luxeuil, juin 1933) et *Revue franç. de gyn.*, août 1933.

117. **Thouvenain**. — « L'ovarite scléro-kystique », *Revue intern. de Med et de chir.*, 1914.

118. **Vallet**. — *Des nerfs de l'ovaire et leur terminaison*, thèse de Paris 1900.

119. **Vautrin**. — « De la dégénérescence kystique des ovaires après certaines interventions pour annexites chroniques », *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, février, 1906, page 74.

120. **Vayssière**. (E.). — Traitement de la dysménorrhée », *Journ. med. fr.*, déc. 1928.

121. **Villard**. — « Les algies pelviennes », *Lyon Chir.*, 1928, p. 218.

122. **Violet**. — « Sur quelques points de thérapeuthique de la douleur en gynécologie », IIe Congrès franç. de Gynécol. (Luxeuil, 1933) et *Revue française de Gynécol.*, août 1933.

132. **Walther** (**P.**). — « Valeur de la résection du plexus hypogastrique supérieur dans les traitements des névralgies pelviennes », *Bruxelles Médical*, X. 2. 1929.